



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**



AMARALINA DE ARANDAS RAMOS DINIZ

**A INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA NA IMAGEM
CORPORAL DA PESSOA AMPUTADA:
Um estudo de caso.**

João Pessoa

2015

AMARALINA DE ARANDAS RAMOS DINIZ

**A INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA NA IMAGEM
CORPORAL DA PESSOA AMPUTADA:**

Um estudo de caso

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Departamento de Terapia Ocupacional da
Universidade Federal da Paraíba, como
requisito obrigatório para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.
Orientadora: Prof Msc. Valéria Leite Soares.

João Pessoa

2015

D585i

Diniz, Amaralina de Arandas Ramos.

A influência da atividade física adaptada na imagem corporal da pessoa amputada : um estudo de caso / Amaralina de Arandas Ramos Diniz - - João Pessoa: [s.n.], 2015.

63f. : il.

Orientadora: Valéria Leite Soares.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Inclusão social. 2. Pessoa com deficiência. 3. Imagem corporal. 4. Atividade física adaptada.

BS/CCS/UFPB

CDU: 36-048.582(043.2)

AMARALINA DE ARANDAS RAMOS DINIZ

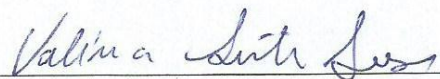
**A INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA NA IMAGEM
CORPORAL DA PESSOA AMPUTADA:**

Um estudo de caso

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em 12 de Fevereiro de 2015.

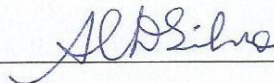
BANCA EXAMINADORA



Prof. Msc. Valéria Leite Soares

UFPB

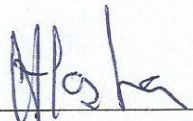
Orientadora



Prof. Dr.ª Angela Cristina Dornellas da Silva

UFPB

Examinadora



Prof. Msc. Carmem Teresa Costa

UFPB

Examinadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelo dom da vida;

Aos meus pais, Jivanilda e Luciê, por terem me dispensado atenção, carinho e educação;

Aos meus irmãos, Amadeus e Arthur, por me mostrarem a importância da responsabilidade e união;

Aos meus tios, Nereu e Terezinha, por me motivarem e mostrarem a importância de fazer o diferencial na vida;

À minha orientadora, Valéria Leite Soares, por ter me acolhido, dispensado atenção, paciência e conhecimento;

Ao Acesso Cidadão pela oportunidade cedida;

E a todos os meus queridos amigos e familiares que me apoiaram nessa nova empreitada da minha vida.

**A João,
Dedico.**

RESUMO

A atividade física adaptada tem se destacado como importante meio de reabilitação física e inclusão social de pessoas com deficiência ao longo da história. Apresentando contribuições válidas inerentes a reconstrução da imagem corporal do sujeito amputado, colaborando com a agregação de valores positivos na conceituação e avaliação deste corpo mutilado, por meio do desenvolvimento do movimento, por vezes, nunca experimentado. O objetivo deste estudo foi identificar como a atividade física adaptada, desenvolvida na praia através do projeto Acesso Cidadão favorece a imagem corporal e inclusão social do sujeito com amputação. A execução desta pesquisa qualitativa foi diante da abordagem do estudo de caso, de uma pessoa com amputação adquirida, participante do projeto social Acesso Cidadão. Os dados coletados por meio da entrevista semiestruturada, foram categorizados em cinco categorias: percepções acerca do esporte adaptado; percepções acerca da imagem corporal; percepções acerca do desempenho ocupacional; espiritualidade e religiosidade e relações sociais; e tratados de acordo com a Análise de conteúdo. Os resultados apresentados quanto à imagem corporal e inclusão social foram significativos, apontando o favorecimento dos mesmos. Palavras chaves: Inclusão Social, Pessoa com Deficiência, Imagem corporal e Atividade Física Adaptada.

ABSTRACT

The adapted physical activity has been worked as an important form of physical rehabilitation and social inclusion of people with disabilities along the history. Introducing valuable contributions in the reconstruction of body image of persons with amputation, collaborating with the aggregation of positive values in the conceptualization and evaluation of this mutilated body, through of doing movements and activities maybe never experienced. The main objective of this study was to identify how the adapted physical activity realized by Acesso Cidadão in the beach contribute with development of body image and social inclusion that person with amputation. This is a qualitative study based on the method of the Case study, realized with one person with acquired amputation that participate of social project called Acesso Cidadão. The collected of data through semi-structured interviews, categorized in five categories: perceptions of adapted sports; perceptions of body image; perceptions of occupational performance; spirituality and religiosity and social relation; and treaties of them is in agreement with the Content Analysis. The findings points to the existence of positive association between adapted physical activity with body image and social inclusion.

Key words: Social Inclusion, Body image, Person with disability and Adapted physical activity.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA	14
2.1.1	Atividade física adaptada enquanto ocupação humana	16
2.2	IMAGEM CORPORAL	18
2.2.1	Imagem corporal, Autoconceito e Autoestima	19
2.3	DEFICIÊNCIA FÍSICA – AMPUTAÇÃO	22
2.4	AMPUTAÇÃO E IMAGEM CORPORAL	24
2.5	ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA NO FAVORECIMENTO DA IMAGEM CORPORAL	27
2.6	ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA E INCLUSÃO SOCIAL	28
2.7	ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE	30
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1	CARACTERIZAÇÃO E TIPO DE ESTUDO	33
3.1.1	Aspectos éticos da pesquisa	34
3.2	PROJETO ACESSO CIDADÃO AO ESPORTE LAZER E CULTURA	34
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA	36
3.4	EXPLORAÇÃO E COLETA DE DADOS	37
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1	CATEGORIA I – PERCEPÇÕES ACERCA DA IMAGEM CORPORAL	40
4.2	CATEGORIA II- ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE	41
4.3	CATEGORIA III - PERCEPÇÕES ACERCA DO ESPORTE ADAPTADO	43
4.4	CATEGORIA IV - PERCEPÇÕES ACERCA DO DESEMPENHO OCUPACIONAL	45
4.5	CATEGORIA IV - RELAÇÕES SOCIAIS	47
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	56
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO DE PESQUISA	56
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	57

APÊNDICE C – ENTREVISTA TRANSCRITA.....	60
---	----

1 INTRODUÇÃO

Ao ingressar em um projeto de extensão acadêmico voltado à prática de atividade física adaptada, adquiri motivação para desenvolvimento desta pesquisa, principalmente após conversas e relatos das pessoas com deficiência participantes do projeto a respeito das suas limitações e conquistas. A minha participação no projeto de extensão e posterior ingresso no projeto social Acesso Cidadão ao Esporte Lazer e Cultura (projeto voltado às pessoas com deficiência que desenvolve e permite a realização de atividades na praia) possibilitou-me ver o contraste existente entre os praticantes e não-praticantes de alguma atividade física, cujas falas de ambos expressavam as dificuldades do cotidiano, porém no grupo dos praticantes algumas dessas dificuldades já haviam sido superadas através do esporte, enquanto que, no outro grupo se fazia presente.

A prática de atividades físicas vem demonstrando um crescimento gradativo na sociedade atual com adeptos de diferentes faixa-etárias, condições sociais e de saúde, cuja popularização conta com o intermédio dos diferentes meios de comunicação, redes sociais, eventos esportivos, entre outros.

De modo que o ingresso nas atividades físicas tem como facilitadores as iniciativas e programas de Saúde pública, a exemplo do ‘Academia Saúde’ um programa do Ministério da Saúde do Brasil que objetiva contribuir para a promoção da saúde da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado à orientação de práticas corporais, atividade física, lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011).

Através da disseminação dessas atividades percebi que os benefícios conquistados por meio do engajamento em atividades físicas motivam a permanência dos indivíduos em tais atividades e os tornam mais susceptíveis a busca e alcance de metas e ganhos por despertar um sentimento de autoconfiança e auto realização, que acredito ter origem no fato de transformar o antes impossível em possível, de modo que não há o impossível e sim, impossibilidades, ou seja, se antes não era possível arremessar uma bola, hoje se é, devido ao treino e iniciativa.

Cardoso (2011) ressalta sobre a busca da melhoria da qualidade de vida por pessoas com deficiência, que visam estimular suas potencialidades e possibilidades, através da participação em atividades desportivas. Descreve ainda que o desporto é um importante meio de reabilitação física, psicológica e social de pessoas com algum tipo de deficiência, tratando-se de modificações e adaptações em metodologias, regras e materiais, possibilitando assim a participação de pessoas com deficiência no desporto adaptado. Costa e Silva (2013) consideram que a atividade física adaptada promove ascensão social, oportunidade de prática em condições de igualdade, melhorias da aptidão física, condição de saúde, entre outras. Ambos os autores fortalecem a ideia de que o engajamento nessas atividades permeia a aquisição de benefícios.

Em um contato anterior a realização desta pesquisa com pessoas com deficiência, pude observar e colher relatos que registraram os diferentes modos como cada um se relacionava com o seu corpo durante as atividades desenvolvidas, percebendo semelhanças entre os indivíduos que tinham deficiência congênita, diferindo dos indivíduos com deficiências adquiridas. De modo que, o discurso de alguns indivíduos trazia questões iminentes à Imagem corporal.

Este conceito da imagem corporal é descrito por Tavares (2003) como todas as formas pelas quais uma pessoa experimenta e conceitua o seu corpo. No qual a imagem corporal é a representação do corpo na mente, este conceito está inerentemente ligado à definição de esquema corporal. Definido como a representação espacial do corpo, que determina a orientação do mesmo e de suas partes, cujo surgimento da imagem corporal interpõe-se ao esquema corporal e vice-versa (PIERRE BONNIER, s/d citado por SILVA, 2013). Outros conceitos correlatos a imagem corporal são os de autoconceito e autoestima. Serra (1988) define autoconceito como a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que deriva dessa percepção de si mesmo. Enquanto a autoestima designa a avaliação que o indivíduo faz de si, ponderando suas qualidades, seu desempenho, virtude e valor moral. Onde a baixa autoestima sucede no sentimento de desaprovação e insatisfação, e o seu oposto, a alta autoestima confere o sentimento de aprovação e satisfação consigo.

Os sentimentos resultantes da autoestima se fazem presentes no cotidiano dos sujeitos, sendo susceptíveis a mudanças e adequações, bem como a imagem corporal

dos mesmos, a exemplo da perda de um membro que pode desencadear este processo de transformação da imagem do corpo do sujeito.

A proposta dessa pesquisa é abordar a influência da prática de atividade física adaptada por pessoas amputadas no que tange a imagem corporal e seu processo de inclusão social, entendendo que essa atividade é vista como uma possibilidade de prática esportiva e/ou desporto adaptado para pessoas com deficiência. A sua realização se explica no fato de que as novas possibilidades de uso e experimentação do corpo resultam na aquisição de novas informações e consciência corporal, auxiliando nos processos adaptativos e organizacionais no meio, seja ele físico, psíquico ou social.

Assim o objetivo central da pesquisa é compreender como a atividade física adaptada desenvolvida na praia através do projeto Acesso Cidadão favorece a imagem corporal e inclusão social do sujeito com amputação, estratificando-se em objetivos específicos como: investigar a percepção da pessoa com deficiência quanto aos ganhos de autonomia e independência com a prática da atividade física; averiguar as possíveis atividades e/ou ocupações que foram requeridas e os benefícios advindos do engajamento e participação no projeto Acesso Cidadão no processo de inclusão social; demonstrar a percepção e o grau de satisfação das pessoas com deficiência correlacionada a autoestima e autoconceito; e verificar os possíveis motivos para o engajamento e permanência no AC Social.

Para melhor análise e discussão dos dados coletados nesta pesquisa, foram criadas a priori quatro categorias: Percepções acerca da imagem corporal; percepções acerca do esporte adaptado; percepções acerca do desempenho ocupacional; relações sociais. Mas devido a relevância da espiritualidade e religiosidade no relato do entrevistado foi criada uma quinta categoria, intitulada de Espiritualidade e Religiosidade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA

A participação em atividades físicas e desportivas caracteriza-se como um importante meio de expressão corporal, social e cultural, enquanto possibilidade da conquista de status social, condicionamento físico e bem estar. O meio social e ambiente físico no qual o indivíduo se desenvolve, oferta possibilidades de engajamento em atividades desportivas, que podem ser consideradas como as mais similares a cultura local. Logo, atividades pautadas no âmbito cultural são um convite inicial à participação em atividades que desenvolvam o corpo, a mente e as relações sociais (COSTA E SILVA, 2013).

Comumente observamos que a cultura atribui importância a determinados desportos, a exemplo do futebol no Brasil e o *rugby* na Austrália, o que não exclui o poder de decisão do indivíduo de determinar o que lhe é mais significativo (COSTA E SILVA, 2013).

A atividade física adaptada surge como forma de suprir essa necessidade social, cultural e pessoal de realização, aceitação, satisfação e movimento, centrada no indivíduo que apresenta uma desvantagem ou impossibilidade no engajamento dos esportes já convencionados. Conforme Cardoso (2011), o surgimento dessas atividades teve como marco evolutivo o término da Segunda Guerra Mundial, cujo contingente de soldados mutilados durante a guerra fez com que os governos dos diferentes países envolvidos estimulassem a prática de atividades físicas adaptadas para minimizar as perdas decorrentes do conflito e garantir uma melhor qualidade de vida aos soldados, que passaram a pertencer ao grupo das pessoas com deficiências.

Castro (2005) descreve a atividade física adaptada como um programa diversificado de atividades desenvolvimentistas, jogos, esportes, atividades rítmicas e expressivas cuja organização está baseada em interesses, capacidades e limitações de indivíduos com deficiência. Sherrill (1998) citado por Castro (2005) define a atividade

física adaptada como serviços que promovem a saúde, estilo de vida ativo, reabilitam funções deficientes e promovem a inclusão.

À medida que abordaremos o tema deste trabalho, utilizaremos termos similares e/ou correlatos para expressar a prática de atividade física adaptada, tal como desporto, esporte, desporto adaptado e esporte adaptado, para melhor compreensão do conteúdo.

O termo desporto é descrito por Fanalli (1981) citado por Araújo (1997, p. 04) como:

“atividades específicas de emulação na qual se valorizam intensamente as formas de praticar os exercícios físicos para que um indivíduo ou um grupo, chegue ao aperfeiçoamento das possibilidades morfofisiológicas e psíquicas, concretizando em recorde ou superação de si mesmo ou do concorrente. Podemos entender como uma prática sistematizada de uma atividade física esportiva.”

O esporte é um fenômeno sociocultural que engloba diversas práticas humanas, norteadas por regras e direcionado ao aspecto competitivo, seja por oposição entre os sujeitos ou comparação entre as realizações do próprio sujeito, manifestando-se através da atividade corporal e expressando desejos de auto realização, bem como as suas necessidades de emocionar-se, superar-se, brincar, jogar e comunicar-se. Assim, o esporte adaptado pode ser definido como uma modificação ou criação de um esporte, com finalidade de suprir as necessidades dos envolvidos e possibilitar a participação de pessoas com deficiência (MARQUES, 2009).

Araújo (1997) em seu construto cita a definição de desporto adaptado de Winnick (1990), que considera o mesmo como experiências esportivas modificadas ou especialmente designadas para suprir as necessidades especiais de indivíduos.

Portanto, podemos estabelecer algumas relações entre esses conceitos. Comparando as definições de esporte e desporto, observamos que ambos estão vinculados ao caráter competitivo e de auto realização e superação do sujeito, e o termo desporto é definido como uma atividade esportiva, o que expressa que quando falamos de desporto nos referimos a esporte. A correlação existente entre esporte adaptado e desporto adaptado é de sinonímia. Há fatores linguísticos que fortalecem essas

correlações, visto que o termo desporto é usualmente utilizado em substituição da palavra esporte em Portugal (GEIGER, 2011; ARAÚJO, 1997; MARQUES, 2009).

De acordo com o conceito de atividade física adaptada, todas essas terminologias podem ser englobadas ao mesmo, visto que ele abrange as atividades, os jogos, esportes, entre outros, configurando como um leque de alternativas e formas de se experimentar o corpo e aflorar sentimentos de auto realização, satisfação consigo, prazer, assumindo também a conotação de atividades que promovem o lazer. (CASTRO, 2005; SOUSA, 2009). A Terapia Ocupacional visualiza nessas atividades possibilidades de desenvolvimento de habilidades, competências, independência e autonomia nas ocupações realizadas pelos sujeitos engajados na prática dessas atividades, considerando a atividade física adaptada como ocupação.

2.1.1 A Atividade física adaptada enquanto ocupação humana

A atividade física adaptada pode ser considerada uma ocupação, pois apresenta significado para o sujeito que a realiza e se situa na área do lazer e produção. Facilmente constatamos que nossas ações são resultados de posturas assumidas, que corroboram em formas de se passar o tempo. Os termos que utilizamos para generalizar essas formas de aproveitamento e/ou desperdício (de acordo com a avaliação do sujeito) do tempo fazem parte da linguagem comum, que usualmente, empregam-se as palavras atividade ou ocupação (DICKIE, 2011).

Atividade é um termo que designa a ideia sobre as coisas que os indivíduos fazem e o modo como são habitualmente realizadas na cultura, elas são socialmente predeterminadas existindo um entendimento do que são e de sua execução e forma, de modo que esta unidade de ação humana figura como um padrão de realização de movimentos e exercícios, cujas as etapas são determinadas e descritas (CREPEAU, 2011). Por outro lado, as ocupações são atividades que compõe nossa experiência de vida e podem ser nomeadas pela cultura (CLARK, 2003 citado por DICKIE, 2011), as ocupações são as atividades socialmente preconizadas desempenhadas com individualidade, ou seja, a ocupação é executada de modo pessoal, ela assume as características do indivíduo de modo que sua realização se diferencia do coletivo, porém

isso não exclui as similaridades. Yerxa et. al (1989) citada por Dickie (2011) afirmam que as ocupações são partes específicas de atividades pertinentes ao comportamento humano denominadas pela cultura, onde essas atividades são auto iniciadas, direcionadas para uma meta e socialmente aprovadas.

As ocupações são centrais na vida de um sujeito, contribuindo para sua identidade e senso de competência, são categorizadas de acordo com a necessidade e interesse do indivíduo, apresentado três elementos: a forma, função e significado. A forma é parte observável da ocupação, são os aspectos físicos que a caracterizam, o que inclui as circunstâncias em que são realizadas, os padrões de movimento e o espaço. A função está relacionada à serventia das ocupações, a exemplo de que algumas ocupações podem promover a saúde enquanto outras podem comprometê-la. O último aspecto da ocupação, o significado, está centrado na importância atribuída às ocupações; é a construção simbólica que dá sentido as ocupações (CLARK et. al. 2010).

Frequentemente a participação na atividade física adaptada é descrita como lazer pelos participantes (Castro, 2005). E o lazer é referido como uma atividade não obrigatória, e ocasionalmente está associado a sociedade de consumo, atividades recreativas ou eventos de massa, o que restringe o seu espectro de possibilidades, de modo que cada pessoa estipula o lazer, assumindo atividades como jogar futebol, ir ao cinema, jardinagem, entre outros. De tal maneira que embora futebol e jardinagem sejam vistos como lazer, para alguns se configuram como trabalho, ou seja, o que pode ser altamente atraente e prazeroso para alguém, para outros, pode ser visto como tedioso e/ou desconfortável. Desse modo, o lazer deve ser visto na perspectiva de dois aspectos, o tempo e a atitude (MARCELINO, 2006).

Ainda segundo o mesmo autor do parágrafo anterior, o aspecto tempo está relacionado ao tempo considerado livre de obrigações profissionais, familiares, sociais, entre outros, e que se destina ao lazer, ou seja, lazer são atividades realizadas no tempo livre, mas isso ainda requer simbiose com o aspecto atitudinal, que corresponde a postura empregada na execução da atividade, a relação que o sujeito estabelece com a experiência vivida, de modo geral é a satisfação obtida na atividade. O fator atitudinal do lazer pode transformar todas as atividades e ocupações desempenhadas pelo indivíduo em atividades prazerosas e satisfatórias independente de elas serem laborais,

tornando-as parte desse contexto do lazer, de modo que o elemento que impede essa postura perante as atividades é a obrigatoriedade.

A atitude de lazer permite que o sujeito transforme o modo como ele visualiza e realiza tais atividades, tornando-as regozizantes, de modo que o simbolismo atribuído a tais atividades são os propulsores do lazer e das demais atividades, cabendo ao sujeito empregar os significados, caso sejam dotados de características positivas e deleitosas levam ao lazer, independente da atividade, local e situação. De modo geral, a atitude de lazer é uma postura de vida, que admite e estipula a vivência do lazer de acordo com a projeção do indivíduo.

2.2 IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal pode ser compreendida de forma reduzida como a imagem do corpo, incitando assim o questionamento de onde essa imagem se localiza. Caso concebamos que imagens são refletidas e originadas de algo concreto, mas não necessariamente palpável, a exemplo do pôr-do-sol, que é uma imagem captada por um dos sentidos - a visão e que conseguimos conceber sua existência, pois é um fenômeno natural que ocorre diariamente, mas não o tocamos com nossas próprias mãos (embora poeticamente poderíamos dizer que ele nos toca). O registro fotográfico do pôr do sol resultaria em uma foto, que ficaria registrado na memória de uma câmera fotográfica, de modo que esse registro necessitou ser alocado.

Desse modo, o reflexo de nosso corpo e das interações ocorridas entre suas partes e com o meio, nos constitui uma imagem do mesmo, que é armazenada no cérebro, onde todas as informações relacionadas a esse corpo vão sendo estruturadas e organizadas à medida que ele se desenvolve. Então poderíamos dizer que nossa mente funciona como uma câmera fotográfica, capturando e armazenando imagens, uma dessas imagens está relacionada a um conceito abordado na química - o corpo, uma delimitação da matéria (tudo que possui massa e ocupa espaço) que resulta em uma forma. Esse corpo é validado como uma ferramenta que nos dá possibilidade de movimento, relações interpessoais, de experimentar o que o meio nos proporciona e de

expressar aspectos de nossa psique, conformando parte daquilo que somos (SHILDER, 1999; TAVARES, 2003).

Paul Schilder (1999) refere que a imagem corporal é a figuração de nosso corpo na mente, o modo como ele se apresenta para nós, onde sensações nos são fornecidas e vemos a superfície de suas partes; é uma imagem percebida que está para além da percepção, é uma imagem tridimensional que cada indivíduo constrói de seu corpo. O autor ainda expõe que a imagem corporal ultrapassa os limites do corpo, incorpora objetos a exemplo de próteses e/ou propaga-se no espaço tal como a voz.

A construção da imagem corporal é resultante de um esforço contínuo da contraposição do corpo com a realidade que o circunda, através de um processo dinâmico que exige movimento e ação, e que não alcança a completude, pois está condicionado às mudanças das situações vitais, que reconfiguram essa imagem, determinada através das associações, tendências, memórias, experiências, intenções e aspirações (TAVARES, 2003).

O desenvolvimento da Imagem corporal é obtido através da integração de todos os registros referentes ao corpo, seja no aspecto físico, psicológico, social e cultural, atendendo a exigências internas (as sensações) e exigências externas (meio social e cultural). Tavares (2003) refere que a imagem corporal se desenvolve paralelamente a identidade corporal (consciência do nosso corpo como unidade), iniciando no bebê por meio das relações mãe-bebê e das sensações vivenciadas, estendendo-se ao longo da vida.

2.2.1 Imagem corporal, Autoconceito e Autoestima

O desenvolvimento da imagem corporal está intimamente correlacionado ao corpo, de modo que a representação de um corpo é dependente da forma como o observamos (SILVA, 2013). Campana e Tavares (2009) colocam que a imagem corporal é dinâmica, porém possui um núcleo constante que legitima a existência singular do ser humano no mundo.

Silva (2013) retrata a existência do mito da perfeição corporal, cujas raízes vêm da civilização ocidental com origem no século XX, empregando que o sujeito deve esforçar-se para obter corpos perfeitos. Esta prerrogativa é amparada pela citação de Morgado et.al (2009), que expressa o ideal cultural do corpo referente a uma imagem bela, atlética, magra e musculada e a sociedade que passa a viver numa busca frenética por um corpo perfeito e moldado de acordo com os interesses de uma indústria cultural.

Os padrões são ditados pela cultura e sociedade, e cabe aos indivíduos segui-los ou não, resultando em interferência direta na satisfação corporal do indivíduo, uma face da imagem corporal referente aos pensamentos e sentimentos que as pessoas têm relativamente ao seu corpo, associada a valores como autoestima, confiança interpessoal e estabilidade emocional (BARBOSA, 2001; CASH, 1990 citados por SILVA, 2013).

A autoestima está condicionada ao entendimento de autoconceito, que segundo Serra (1988) é a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si, cujo desenvolvimento sofre influência de quatro fatores: o primeiro está ligado ao modo como as pessoas o observam; o segundo corresponde a noção de desempenho que o indivíduo tem de si, seja competente ou incompetente; o aspecto seguinte deriva do confronto da conduta pessoal do indivíduo com os de seus pares sociais; e o último é produto da avaliação do comportamento do sujeito em função de valores determinados por grupos normativos. O autor ainda coloca que estes fatores são responsáveis pela atribuição de características positivas e negativas no autoconceito, regulando a satisfação do indivíduo.

Wells e Marwell (1976) citados por Serra (1988) argumentam que o autoconceito, sendo inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais, tem a vantagem de permitir descrever, explicar e prever o comportamento humano e fazer uma ideia de como o indivíduo se concebe e considera a si próprio. Por conseguinte, é um constructo que ajuda a compreender a uniformidade, a consistência e a coerência do comportamento, a formação da identidade pessoal e porque é que se mantêm certos padrões de conduta no desdobrar do tempo.

O autoconceito é estruturado por várias facetas, dentre elas as autoimagens, autoconceito real, autoconceito ideal e autoestima. As autoimagens são observações que o indivíduo faz de si nos seus papéis ocupacionais, ou seja, de pai, filho, trabalhador, entre outros, havendo emprego de valor e grau de importância em cada um desses

papéis; o autoconceito real, é a descrição que o indivíduo faz de si, tal como habitualmente se considera, enquanto que o autoconceito ideal é como o indivíduo desejaria ser, estes dois últimos fatores citados podem estar próximos ou afastados, e a diferença entre os dois é um indicador de autoaceitação, onde quanto menor for a diferença, mais este fato sugere que o indivíduo aceita a si próprio tal como é. O último fator a ser descrito como mais significativo é a autoestima, o produto dos julgamentos que a pessoa faz acerca de si própria, de onde decorrem atribuições de bom ou de mal feitas a aspectos considerados relevantes da sua identidade. Devido às características assinaladas, a autoestima encontra-se intimamente associada aos fenômenos de compensação ou de “descompensação” emocional do indivíduo, revelando que as pessoas de autoestima baixa descompensam com mais facilidade do que as que têm uma autoestima alta (SERRA, 1988).

A autoestima é vista como uma variável central na imagem corporal (SILVA, 2013), e definida como uma autoavaliação sumária do desempenho de um indivíduo nas áreas que ele quer realizar bem (MENEZES, 2008). Rosenberg (1965) citado por Menezes (2008) coloca a autoestima como uma avaliação que um indivíduo faz e mantém em relação a si mesmo, o que implica um sentimento de valor, englobando um componente, sobretudo afetivo, expressando-se numa atitude de aprovação ou desaprovação de si próprio, porém a autoestima ultrapassa sentimentos implicando também no desenvolvimento de atitudes, onde uma elevada autoestima significa que o indivíduo se sente suficientemente bom, uma pessoa de valor, com respeito por si mesmo. No entanto, não implica sentir-se superior aos outros. Por outro lado, um indivíduo com baixa autoestima está insatisfeito consigo mesmo, despreza-se e não se respeita (MRUK, 1998 citado por MENEZES, 2008).

Menezes (2008) apresenta que a autoestima pode dividir-se em autoestima global e autoestima específica, onde a primeira consiste numa avaliação global de si mesmo e, a segunda, de uma parte específica de si próprio. A autora aborda que alterações na autoestima podem apresentar algumas características gerais que podem se manifestar de forma direta ou indireta nos indivíduos como: autodesvalorização, sentimentos de culpa e vergonha, rejeição dos comentários positivos e ampliação dos negativos sobre si próprio, sinais de depressão (problemas do sono e alimentação), necessidade exagerada de aprovação, comportamentos autodestrutivos, renúncia a novas experiências, entre outros.

Portanto, podemos concluir que o autoconceito e a autoestima são as percepções e avaliações da imagem de nosso corpo, que conseqüentemente interferem no desenvolvimento e ajustamento de nossa imagem corporal.

2.3 DEFICIÊNCIA FÍSICA - AMPUTAÇÃO

A conceituação de deficiência atualmente está submetida a CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) um instrumento da Organização Mundial de Saúde - OMS aprovado no ano de 2001, que objetiva classificar a saúde e os estados relacionados com a mesma, permitindo descrever situações correlatas à funcionalidade do ser humano e as suas restrições (OMS, 2001).

Segundo esse instrumento, deficiências são problemas na função ou na estrutura do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda. Correspondendo a um desvio do que é aceito como estado biomédico normal do corpo e de suas funções, podendo ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas (OMS, 2001).

A pessoa que apresenta esse desvio é denominada de ‘pessoa com deficiência’ (PCD) e apresenta uma desordem anatômica, fisiológica, estrutural ou psicológica. A deficiência física tem como determinante o comprometimento musculoesquelético e orgânico (AMIRALIAN, 2000).

As pessoas com deficiência física apresentam um comprometimento do aparelho locomotor, ou seja, do sistema osteoarticular, do sistema nervoso e do sistema muscular, onde as doenças ou lesões que afetam alguns desses sistemas produzem limitações físicas como perda ou redução na mobilidade corporal. (MELO & GONÇALVES, 2013).

Dentre as deficiências físicas está a amputação, que pode ser definida como a retirada cirúrgica ou traumática de um segmento corporal. A amputação é a perda total ou fragmentada de um ou mais membros do corpo, podendo ser congênita ou adquirida, onde a primeira refere-se à ausência do membro na gestação ou deformações no momento do parto, enquanto que a segunda, é decorrente da remoção do membro lesionado (MILLER, 1995 citado por SILVA, 2013).

As amputações adquiridas são de ordem cirúrgica após o nascimento, resultantes de trauma ou doença, essas são classificadas de acordo com níveis de amputação, que expressam o que pode ser preservado nessa intervenção cirúrgica, de tal modo que, elas podem ser devidas a desarticulação de uma das juntas pertinentes ao membro ou cruzamento de segmentos ósseos acima ou abaixo das articulações, como exemplo a amputação transtibial que afere o membro inferior logo abaixo da articulação do joelho, através do eixo da fíbula e tíbia. A aquisição de uma amputação não implica apenas na perda do membro estendendo-se a perda das habilidades, a exemplo da amputação de membro inferior que interfere na locomoção, equilíbrio, entre outros, o que influi na autoestima da pessoa e no seu senso de eficiência (CELIKYOL, 2005).

De acordo com Trombly (1995) citado por Celikyol (2005) as amputações afetam não apenas o desempenho físico, mas também os papéis de vida do amputado, como a manutenção do self, família, lar, autorrealização, e as formas de envolvimento no lazer, trabalho e estudo.

Sales (2007, p. 247) afirma que:

“A amputação é uma das disfunções ortopédicas que mais resulta em incapacidade física direta. É uma condição que pode gerar ao indivíduo limitação ou perda da independência nas atividades de vida diária. Essa perda afeta a autoestima e a motivação, o que pode impor alteração em toda a vida social e laborativa desse indivíduo.”

Ainda de acordo com a autora, a amputação de membro inferior é mais comum que as de membro superior e cerca de 75% das causas são traumáticas (acidentes de trabalho e explosão) e tumorais. As tumorais são mais frequentes em crianças.

Outro dado importante é que em 80 % dos casos de amputação, há a presença do membro fantasma, uma consequência comum e que se caracteriza pela imagem ou memória de um membro ou parte do corpo que o indivíduo já possuiu. (MACHADO, 2008).

Para Silva (2013) a causa primordial para o aparecimento de um membro fantasma é a sua perda, qualquer que seja a razão da amputação. O fenômeno da dor fantasma abrange componentes perceptuais, emocionais e cognitivos. Os fantasmas são mais intensos e duradouros após uma perda traumática ou após um evento doloroso, em comparação a uma amputação cirúrgica planejada de um membro sem dor.

De acordo com Demidoff, Pacheco & Franco (2007) a sensação da presença do membro ou do órgão após a sua extirpação é descrito por quase todos os indivíduos que sofreram amputação e muitas vezes vêm associados a dor que varia em intensidade e duração de caso para caso. São sintomas comuns de membros fantasmas a dor “fantasma”, dormência, queimação, câibra, pontadas, ilusão vivida do movimento do membro fantasma e a sensação de sua existência.

2.4 AMPUTAÇÃO E IMAGEM CORPORAL

A amputação de membros de um corpo, seja por qualquer situação, implica sempre em uma mutilação física e psicológica, com impactos de ordem física, emocional, social e laboral diversificados nos indivíduos acometidos. (ALBUQUERQUE & FALKENBACH, 2009). A amputação adquirida interfere na imagem corporal do sujeito, corroborando para a diminuição da autoestima do mesmo (SILVA, 2013).

Atualmente destaca-se a importância elevada atribuída à imagem corporal pela sociedade, que preconiza um corpo atrativo, jovem, livre de imperfeições, defeitos físicos e deformações. Tal fato resulta em impactos negativos na autoestima e autoconceito dos sujeitos à margem desse padrão físico e estético, onde a percepção que o sujeito tem de seu corpo e o constructo social do dito corpo “perfeito” são os fatores que acarretam em atribuições negativas a imagem corporal do sujeito (TAUB, BLINDE & GREER, 1999 citado por SOUSA, 2009).

A percepção que obtemos de nosso corpo, contribui na estrutura e desenvolvimento do nosso comportamento, atitudes, pensamentos e postura perante a vida, pois o corpo é o mediador e veículo das nossas experiências e relações estabelecidas conosco e com meio circundante. O desenvolvimento saudável da imagem corporal requer referências sobre o próprio corpo, obtidas por meio da vivência das sensações corporais e posterior concretização das mesmas. Essa integração permite ampliar o contato interno e facilitar a adaptação ao mundo externo. As sensações corporais asseguram a construção da imagem corporal, que constitui um alicerce para aproveitamento de uma vida normal e que é prejudicada quando há lesão cerebral ou um

trauma, como a perda ou ausência de um segmento corporal (SCHILDER, 1999; ALBUQUERQUE & FALKENBACH, 2009).

A amputação revela a morte real de uma parte de um corpo, bem como a morte simbólica de um estilo de vida, de uma forma de ser e de uma identidade, onde o corpo passa a ser desconhecido, escapa de enquadramentos e implica na diferença, provocando uma modificação permanente na aparência do indivíduo e em sua autoimagem, onde os indivíduos precisam conviver com situações que lhe eram habituais, reconstruindo esquemas e possibilidades motoras para cada situação nova, adaptando-se e readaptando-se com essa nova condição corporal causada pela amputação. (PAIVA e GOELLNER, 2002 citado por ALBUQUERQUE & FALKENBACH, 2009).

A deficiência física por si só resulta em impactos negativos sobre a imagem corporal, colocando os sujeitos na posição de enfrentamento aos desafios à estima corporal e ao *feedback* negativo do outro devido a sua diferença física. Os indivíduos com deficiências físicas de modo generalizado passam por dificuldades no desenvolvimento de uma percepção mais positiva acerca de si próprios, além de competências físicas, sociais ou psicológicas, o que resulta muitas vezes, em constrangimentos à participação nas mais diversas atividades. O impacto da perda de um membro leva o indivíduo a vivenciar um processo de luto que pode ser comparado à perda de um familiar próximo, que conseqüentemente contribuem para perda da autoestima e afeta o funcionamento social, pois houve alteração no instrumento que o sujeito utiliza para aprendizado no mundo (STONE, 2003; LUCAS et al., 2010; SINGH, HUNTER, & PHILIP, 2007; MERLEAU-PONTY, 1999, citados por SILVA, 2013; SILVA, 2013).

Essa mudança na autoimagem do sujeito é referente ao fato de que cada indivíduo tem uma imagem interna e representativa do seu próprio eu, que se denomina de imagem corporal. Esta é contínua e representativa do esquema do corpo, acompanhando o indivíduo desde o seu nascimento até à sua morte, sendo ajustada a cada fase de desenvolvimento. De modo que, os indivíduos com deficiência congênita diferem dos indivíduos com as deficiências adquiridas, a exemplo da amputação, pois o desenvolvimento de habilidades sensório-motoras e autoimagem já foram construídos

sem haver a presença do membro, enquanto que, o segundo grupo se defronta com a tarefa de ajustar-se a perda de uma parte bem integrada ao esquema corporal e autoimagem. Esse reajuste é facilitado pelo fato da imagem corporal ser algo mutável, mas é dificultado pela ruptura com o antigo modo de vida do sujeito, que passa por fases e etapas de negação, aceitação e adaptação a nova estrutura corporal (KENNAN & MORRIS, 2004; MATARUNA, 2004 citado por SILVA, 2013).

Silva (2013) expõe que os amputados descrevem sintomas como dor, frio ou a sensação de ainda ter o membro e de conseguir movimentá-lo. O sintoma descrito como doloroso, é denominado “dor fantasma”, onde estas dores atenuam à medida que os anos sucedem a amputação (CAMPANA & TAVARES, 2009). A dor fantasma normalmente está presente na primeira semana após a amputação, podendo persistir por meses ou até vários anos (NIKOLAJSEN & JENSEN, 2001 citados por SILVA, 2013).

Demidoff, Pacheco & Franco (2007) expõem que o fenômeno de possuir um membro inexistente que atua de forma similar ao membro real pode ser definido como membro fantasma, que se descreve como uma alteração na interação entre o que se detecta ao nível periférico (corpo) e o que se integra ao nível central (mente), criando uma aparência final do corpo no sistema nervoso. O fantasma é uma resposta adaptativa falha do corpo a perda de uma parte importante, este fenômeno é fortalecido pelo fato do córtex cerebral, possuir um mapa sensorial das partes do corpo que ainda possui uma área de representação da região amputada, dificultando o cessar das sensações corporais. Assim, as sensações de membro fantasma são caracterizadas por fatores psíquicos e fisiológicos, que agem conjuntamente para expressar tal fenômeno (DEMIDOFF, PACHECOA & FRANCO, 2007).

A imagem corporal é construída de acordo com as percepções, ideias e emoções sobre o corpo e suas experiências, podendo ser, constantemente, mudadas. Sendo assim, o membro fantasma de uma pessoa amputada seria a reativação de um padrão perceptivo dado pelas forças emocionais. Está claro que o quadro final de um fantasma depende grandemente de fatores emocionais e da situação de vida do indivíduo. Depois da amputação, o indivíduo sofre um grande impacto psicológico e vários distúrbios emocionais surgem na adaptação física e social, o que lhe faz enfrentar uma nova situação, mas como reluta em aceitá-la, acaba tentando, inconscientemente, manter a integridade de seu corpo (SCHILDER, 1999).

2.5 A ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA NO FAVORECIMENTO DA IMAGEM CORPORAL

O desenvolvimento da imagem corporal se estabelece através das relações que os indivíduos fazem do seu corpo com as suas partes e com o meio, de modo que o seu desenvolvimento é dependente das experiências que o sujeito vivencia (TAVARES, 2003). Uma dessas possibilidades de experimentação do corpo no tempo e espaço é através do engajamento em atividades físicas adaptadas, visto que elas permitem novas possibilidades de experiência do corpo e percepções acerca da capacidade funcional.

A realização de atividades físicas atende a necessidade humana de movimento, que para Borella & Denari (2013) requerem a conquista de padrões motores fundamentais e a aprendizagem das técnicas esportivas elementares, colaborando assim com desenvolvimento humano. Já que, não há vida sem movimento e a parada do seu movimento próprio, para toda matéria viva, é a morte. (Lapierre & Acouturier, 1986 apud BORELLA & DENARI, 2013).

O plano de execução de qualquer movimento está sujeito ao conhecimento que temos de nosso próprio corpo, de modo que necessitamos estabelecer o objetivo da ação e o modo como o alcançaremos, mas esse elemento intelectual representa apenas a intenção do movimento de tal maneira que são necessários outros componentes para sua realização, isso se justifica no fato de que pessoas com apraxia sabem o que devem fazer e não fazem (TAVARES, 2003).

O movimento é de grande importância nesse fenômeno multidimensional, dinâmico e integrado na história de cada indivíduo que se constrói a partir do contato com o mundo externo, que chamamos de imagem corporal. O elemento representativo e integrador da imagem corporal é o movimento que serve como base para o próprio conhecimento e percepção corporal. De modo geral a mobilidade é uma via de mão dupla, onde é influenciada pela imagem corporal do indivíduo e interfere nesta mesma imagem (TAVARES, 2003).

O aumento da mobilidade e do autoconceito, a facilitação da interação social e o favorecimento da independência são vantagens decorrentes da prática desportiva (MARQUES, 1991, citado por SOUSA, 2009). Isto está em consonância com as duas dimensões da imagem corporal: a percepção e a atitude. A percepção da imagem

corporal é a recepção e integração de uma variedade de informações sensoriais – visuais, táteis e sinestésicas, esta percepção sofre influência da insatisfação com o corpo e vice-versa. A exemplo de uma pessoa com anorexia que possua um corpo magro e esbelto, mas devido a sua insatisfação com o mesmo o enxerga como obeso. Essa insatisfação com a aparência física é vista como um dos componentes pertencentes à dimensão da atitude, esta é subjetiva e ligada as crenças, afetos e comportamentos. Ou seja, os aspectos inerentes a essas duas dimensões são modificados e abordados pela atividade, tanto as percepções do corpo, como os comportamentos, as emoções e a satisfação reproduzida a partir do desempenho.

Segundo Sousa (2009), o desporto aumenta a percepção corporal do indivíduo e aumenta o gosto que o mesmo tem pelo seu corpo. Deste modo o desporto facilita e contribui para o processo de remodelação e desenvolvimento da imagem corporal, visto que o uso do corpo nas práticas esportivas exige que o indivíduo tenha conhecimento do seu corpo, e paralelamente esse conhecimento é ampliado através das relações, que se estabelecem entre suas partes, com o meio físico e social, pois o individuo tende a se ver de forma mais positiva, contribuindo para elevação da autoestima (COSTA E SILVA, 2013, SILVA, 2013 e SOUSA, 2009).

2.6. ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA E INCLUSÃO SOCIAL

Apesar da sociedade atualmente ter evoluído na aquisição e garantia de novos direitos e conquistas que asseguram uma melhor qualidade de vida para as pessoas com deficiência, há fatores que privam e contrapõem as experiências e trajetórias de vida desses sujeitos, a exemplo da discriminação nas comunidades em que vivem e da exclusão do mercado de trabalho. Resultado de uma postura social que se apega mais aos impedimentos e aparência do que as potencialidades e capacidades dos indivíduos, de modo que os sujeitos que se destacam nesses quesitos são alvos de atitudes e ações preconceituosas (MACIEL, 2000).

Essas repostas negativas à diferença são pautadas na falta de conhecimento da sociedade em geral sobre essas temáticas características dos grupos minoritários, assim

a deficiência é reduzida a doença, peso ou problema, transformando as pessoas em incapazes (MACIEL, 2000).

A gênese do esporte adaptado é decorrente do segundo pós-guerra mundial com os objetivos de reabilitação e reinserção social dos sujeitos acometidos por deficiência. Castro (2005, p.36) dispõe sobre as atribuições da atividade física adaptada:

A atividade física adaptada não deve categorizar os seres humanos como deficientes ou não deficientes [...], deve analisar as diferenças individuais associadas aos problemas de domínio psicomotor e evitar que essas diferenças definam negativamente a identidade de aluno, atleta, enfim, pessoa. Tais diferenças são apenas uma parcela de um todo complexo que é o ser humano. Assim a atividade física adaptada deve proporcionar serviços adequados as necessidades e potencialidades desses indivíduos.

Desta forma, abrange as particularidades de cada indivíduo e estimula os pontos positivos de cada sujeito, dirigindo-se em oposição a seleção e exclusão para alcançar a inclusão, facilitando assim, a introdução das pessoas à margem do padrão estabelecido como normal no seio da sociedade, estes sujeitos apresentam desejos de superação pessoal e de aceitação social e compreendem que a inclusão é uma via de mão dupla onde o sujeito se adapta à sociedade e a sociedade se adapta a ele (MARQUES, 2009).

Costa e Silva (2013) afirmam que a atividade física adaptada na sociedade contemporânea é um importante meio de inclusão social e de empoderamento da pessoa com deficiência, podendo possibilitar a ascensão social destes sujeitos.

A inclusão social é um novo paradigma de pensamento e de ação no sentido de incluir todas as pessoas em uma sociedade na qual a diversidade está se tornando mais norma do que exceção (BORELLA & DENARI, 2013). O método de inclusão consiste na equiparação de oportunidades, na mútua interação de pessoas com e sem deficiência e no pleno acesso aos recursos da sociedade, abrangendo não somente as pessoas com deficiência, mas também as que se encontram em situação de minoria social (MACIEL, 2000). A concretização desse paradigma está sujeito ao comprometimento e disposição dos indivíduos a mudarem para uma atitude inclusiva.

De acordo com Sousa (2009), o desporto favorece a integração do sujeito no seio de um grupo social, permitindo que o sujeito se conheça e se reconheça como indivíduo, desenvolva a capacidade de trabalho em grupo e a responsabilidade social, combatendo as tendências de isolamento. A pesquisa desenvolvida por Labronici et.al

(2000) demonstrou que os indivíduos que não praticavam esporte encontravam-se em isolamento social e, após a introdução da atividade esportiva, esse resultado se reverteu em um bom relacionamento social e na capacidade de interação com o outro, bem como ingresso em atividades laborais.

Assim, a participação social funciona como uma medida potencial de ajustamento psicossocial a uma diferença ou problema, e de forma mais particular, o suporte social permite ao indivíduo sentir-se mais valorizado e amado, havendo estudos que elucidem que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis associadas com a satisfação com a vida. Colocando que o suporte social fornecido é fundamental para uma melhor adaptação à situação de saúde/doença e para a aceitação da nova imagem corporal, aumentando a vontade de viver e a autoestima (RUMSEY & HARCOURT, 2011 citado por SILVA, 2013 e SILVA, 2013).

2.7. ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

O homem é constituído de dimensões que extrapolam as características físicas e concretas, a exemplo da psique, palavra de raiz etimológica grega *psyché* (alma), que compreende os pensamentos e as emoções, abrindo margens às interpretações do surgimento da subjetividade humana (PERES, SIMÃO & NASELLO, 2007).

Essa constituição multifacetada do indivíduo levou à reformulação do conceito de saúde pela OMS, que a passou a definir como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença” (WHO/MAS/MPH/ 98.2 apud FLECK et. al., 2003). Esse novo conceito de saúde incorporou aspectos que se estendem à falta de patologia e englobam o equilíbrio e satisfação nas esferas do corpo, mente e espírito e nas suas relações com a sociedade. De tal modo que se passa a reconhecer que a espiritualidade e religiosidade são aliadas nesse processo de saúde-doença.

Embora espiritualidade e religiosidade sejam entendidos como termos correspondentes, faz-se necessário explicitar as diferenças existentes entre eles para compreendermos as suas contribuições e limparmos possíveis ideias pré-concebidas, de

modo a evitar julgamentos premeditados às posturas e crenças dos mais diferentes sujeitos perante a vida.

A espiritualidade é definida por Elkins (1999) apud Sommerhalder & Goldstein (2006) como a habilidade de ver o sagrado nos fatos comuns, de sentir a pujança da vida, de ter consciência de uma dimensão transcendente, que leva em consideração o próprio ser, os outros, a natureza e a vida. Acorando-se na reflexão sobre o significado e propósito da vida e à busca humana por valores, funcionando como um recurso interno do indivíduo acionado pelo contato com a natureza, com as artes, com a experiência de doação de si ou com o engajamento em causas que primam o bem coletivo (SOMMERHALDER & GOLDSTEIN, 2006).

No entanto, a religiosidade está associada ao entendimento de religião, uma palavra proveniente do latim *religare*, que significa religar, reestabelecer a relação entre deuses e homens, cuja crença é baseada em um ser supremo que deve ser reverenciado e influencia na forma como as pessoas devem viver, podendo servir de base para o significado da existência, de modo que também pode figurar como forma de expressão da espiritualidade (SOMMERHALDER & GOLDSTEIN, 2006). Assim, religiosidade é definida definido por Fleck et.al. (2003) como uma extensão na qual o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. O autor evidencia os efeitos positivos da religiosidade na saúde mental, visto que ela é um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamentos destrutivos, entre outros.

As divergências existentes entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade são devidas ao fato de que a primeira transcende ideologias, dogmas e rituais, centrando-se no significado e razão da vida, enquanto que o segundo está vinculado a um sistema doutrinário compartilhado por um grupo (SOMMERHALDER & GOLDSTEIN, 2006; FLECK et. al., 2003; FORNAZARI & FERREIRA, 2010). Porém ambos os termos são considerados estratégias de enfrentamento a enfermidades e adversidades, de modo que os indivíduos usam estratégias de enfrentamento para lidar com situações estressoras (FORNAZARI & FERREIRA, 2010). Folkman et.al. (1986) citado por Fornazari & Ferreira (2010) definem enfrentamento como “esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais”. As

estratégias de enfrentamento são classificadas de acordo com suas funções e foco na emoção ou no problema.

O enfrentamento com base no problema constitui-se de estratégias ativas (planejamento e solução). O enfrentamento com alicerce na emoção assume a função de regular as respostas emocionais causadas pelo estressor, apresentando-se na forma de esquiva e negação. O enfrentamento religioso pode estar focado no problema ou na emoção, mas usualmente está ligado a estratégias ativas, evocam uma decisão e ação independente do indivíduo perante o problema (FORNAZARI & FERREIRA, 2010).

As estratégias de enfrentamento são mecanismos de superação e resignificação do problema. Outro processo importante de vencimento às crises e adversidades é a *resiliência*, um conceito originalmente estudado na física e engenharia, que retrata a capacidade de um material resistir à deformação. Na psicologia este conceito é visto como processos e fenômenos comuns ao desenvolvimento do ser humano, que explicam a superação de crises, problemas e adversidades em indivíduos, grupos ou organizações (YUNES & SZYMANSKI, 2001; MASTEN, 2001 citados por YUNES, 2003).

A definição de resiliência dada pelo dicionário de língua inglesa *Longman Dictionary of Contemporary English* (1995) citado por Yunes (2003), retrata a resiliência como a habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades, entre outros. A autora supracitada coloca que alguns autores a exemplo de Rutter (1993), têm a preocupação de desmistificar a similaridade erroneamente atribuída a resiliência e a invulnerabilidade.

A invulnerabilidade é vista como uma característica intrínseca e imutável do indivíduo que permite uma resistência absoluta ao estresse, de modo que o indivíduo é posto como intocável pelas adversidades e sem limites para suportar o sofrimento. Enquanto que a resiliência é um mecanismo de resistência relativo que varia de acordo com as circunstâncias. De modo geral a resiliência refere-se à superação da adversidade, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso, o que implicaria em invulnerabilidade (RUTTER, 1993; ZIMMERMAN & ARUNKUMAR, 1994 citados por YUNES, 2003).

Por fim, a religiosidade e espiritualidade fornecem ao indivíduo subsídios para superação dos problemas, enquanto que a resiliência pode ser um produto da influência destes no indivíduo ao mesmo tempo em que é uma característica mutável do indivíduo

diante das circunstâncias apresentadas. Esta relação poderia ser exemplificada da seguinte forma: se o problema/adversidade fosse uma ferida, o curativo e tratamento empregado neste ferimento seriam as estratégias de enfrentamento e superação, a consequente cicatrização do ferimento denotaria que tais estratégias são eficazes e a cicatriz originada nesse processo seria marca de aprendizado, contribuindo para elaboração de mecanismos de defesa e prevenção a novos problemas, o que iria em concordância com o seguinte ditado popular “*o que não mata, fortalece*”.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO E TIPO DA PESQUISA:

Este trabalho tem como metodológica a pesquisa qualitativa, que de acordo com Minayo (2002), este tipo de pesquisa trabalha com o que não pode ser quantificado, abordando os significados, motivações, valores, crenças e atitudes. Consequentemente, não se objetiva quantificar os resultados, e sim, compreendê-los e explicá-los, buscar informações e captar percepções pertinentes aos nossos objetivos diante da fala dos participantes da pesquisa e contrapô-los e/ou afirmá-los aos referenciais teóricos existentes no espectro da temática do presente estudo.

A pesquisa qualitativa tem uma abordagem que se aprofunda no mundo dos significados, das ações e relações humanas e não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade, e sim, os indivíduos possuem maior vinculação com a problemática do estudo (MINAYO, 2002). De acordo com Pope & Mays (2009) essa corrente de pesquisa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem as suas experiências e como elas as compreendem, cujo ponto chave da pesquisa é estudar as pessoas em seus ambientes naturais, envolvendo a aplicação de técnicas para coleta de dados e análise cuidadosa dos mesmos.

Esta pesquisa foi desenvolvida enquanto estudo de caso, uma abordagem sempre bem delimitada com contornos definidos à medida que se desenvolve, focando a realidade de forma complexa e contextualizada, obtendo valor em si mesmo (LÜDKE & ANDRÉ, 1986). Iremos então, abranger as particularidades apresentadas pelo sujeito, à medida que, evidencia novas proposições e constatações acerca do tema estudado.

O estudo de caso visa à descoberta, através da busca de novas respostas e indagações, usando como método a interpretação em contexto, que leva em conta o ambiente social, físico e cultural em que o participante da pesquisa se situa, de modo que se compreenda melhor a manifestação geral de um problema, as ações, percepções, comportamentos e interações das pessoas em concordância com a situação onde ocorreram, visando retratar a realidade de forma mais profunda e completa (LÜDKE & ANDRÉ, 1986).

3.1.1. Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderlei/UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 17 de novembro de 2014, sob o número do parecer: 876.446 e número CAAE 37458514.6.0000.5183 obedecendo aos princípios éticos do anonimato, confidencialidade e consentimento informado, de modo que preservamos a identidade do participante da pesquisa substituindo o seu nome por um pseudônimo, não violando a privacidade do sujeito, de modo que nenhuma informação pessoal foi passada sem a aprovação do participante, que aderiu à pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que expõe que o estudo não apresenta riscos físicos, biológicos ou financeiros, porém o pesquisado poderia se sentir constrangido em responder as questões sobre suas percepções diante da prática esportiva adaptada, configurando como desconforto psicológico.

3.2. PROJETO ACESSO CIDADÃO AO ESPORTE, LAZER E CULTURA

O projeto Acesso Cidadão ao Esporte, Lazer e Cultura é produto de uma parceria entre o Governo do Estado da Paraíba por meio da FUNAD (Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência) e FCJA (Fundação Casa José Américo), Prefeitura Municipal de João Pessoa na figura da SEPLAN (Secretaria de Planejamento) e AC Social-Acessoria e Consultoria pela Inclusão social presidida por Genilson Machado.

A coordenação das ações do projeto é de responsabilidade do AC Social, cabendo a SEPLAN a aquisição e manutenção dos equipamentos e ao Governo do Estado a disponibilização das dependências, instalação de observatório do Corpo de Bombeiros e transporte adaptado.

Este projeto teve seu início há dois anos e ocorre na Praia do Cabo Branco na orla da cidade de João Pessoa, funcionando aos Sábados no período das 8h às 12h, e de acordo com o Termo de Cooperação referente ao projeto assinado no ano de 2011 seu objetivo é permitir a acessibilidade as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida ao mar, possibilitando a fruição ao conhecimento, lazer e a praticas esportivas na praia e no mar.

As atividades desenvolvidas na praia correspondem ao vôlei sentado (figura 1), apresentações artísticas e culturais, além de outras atividades pontuais ofertadas por entidades afins em parceria com o projeto, a exemplo do arco e flecha e jiu-jitsu. Dentre as atividades desenvolvidas no mar estão o surf e o caiaque. A acessibilidade ao mar é realizada por meio de cadeiras anfíbias e dos voluntários do projeto (figura 2). Os equipamentos do projeto correspondem a: caiaques adaptados, pranchas de surf adaptadas, duas *handbikes*, dois kits de bocha, e um kit de vôlei sentado.



Figura 1 – Disponível em: Página do AC Social no Facebook



Figura 2 - Disponível em: Página do AC Social no Facebook

3.3. SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa tem como sujeito de estudo uma pessoa com amputação adquirida que está engajada na atividade física adaptada desenvolvida no projeto social Acesso Cidadão ao lazer, esporte e cultura, localizado na praia do Cabo Branco na cidade de João Pessoa.

A escolha dos participantes do estudo teve como critérios de inclusão:

- Estar participando da prática de atividade física e demais atividades desenvolvidas pelo Acesso Cidadão há um período mínimo de 3 meses de forma assídua;
- Ter deficiência física do tipo amputação adquirida;
- Estar na fase de adultez do desenvolvimento humano independente do gênero.

Deste modo, exclui-se deste estudo o participante que não concordar em cooperar com o presente estudo, que usufrua o direito de desvincular-se da pesquisa independente do andamento da mesma, e que não atenda os critérios de inclusão.

A proposta inicial da amostra foi constituída de dois participantes, porém devido a fatores pessoais, um dos sujeitos não conseguiu cumprir as datas agendadas para a realização da entrevista, a qual foi reagendada diversas vezes. Então, por não haver mais tempo hábil, ele foi excluído do estudo.

O Sujeito da pesquisa, aqui chamado pelo pseudônimo de “João”, tem 51 anos, casado, atualmente é aposentado, mas no período em que ocorreu a amputação há 3 anos, trabalhava como técnico em eletrônica, a amputação é do tipo transtibial no membro inferior esquerdo.

3.4. EXPLORAÇÃO E COLETAS DE DADOS

A partir da escolha da temática, define-se o objeto de estudo, sendo este um recorte onde se expressa a especificidade da pesquisa. Para o seu delineamento, fez-se um trabalho de pesquisa bibliográfica ampla, permitindo uma ordenação, ainda que imprecisa da realidade empírica.

Minayo (2002) cita que no caminho entre as ideias iniciais que levam a pesquisa bibliográfica, a leitura dos textos e as indagações referentes à realidade empírica, o investigador organiza o discurso teórico da pesquisa. Definindo: o objeto; justificativa, onde são descritos os motivos vivenciais e teóricos que impulsionam a escolha do objeto; marco conceitual teórico-metodológico buscando estabelecer os principais conceitos, categorias e noções com as quais se vai desenvolver o estudo; definem-se as hipóteses e pressupostos da investigação que orientará o trabalho.

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com os sujeitos. Essa ferramenta de coleta de dados busca obter informações nas falas do sujeito, de tal maneira que os dados podem ser de natureza objetiva e/ou subjetiva. O modelo de entrevista semiestruturada é caracterizado por possuir um questionário com perguntas previamente formuladas e permitir que o pesquisador aborde livremente o tema proposto (MINAYO, 2002). Esse tipo de entrevista é conduzida com base numa estrutura flexível, consistindo em questões abertas que definem um ponto de partida, onde o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes (POPE & MAYS, 2009).

O processo de coleta dos dados requereu a utilização de um dispositivo com ferramenta de gravação de áudio, para consequente gravação da entrevista, que ao seu término foi transcrita. De acordo com Lüdke & André (1986) a gravação direta tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, deixando o entrevistador livre para prestar toda a atenção ao entrevistado, porém esta forma deixa de lado as expressões

faciais, os gestos, as mudanças de postura, podendo representar para o entrevistado certo constrangimento. A transcrição deste tipo de entrevista é muito trabalhosa e apresenta algumas dificuldades quanto a distinguir as informações menos importantes das mais centrais, fazendo-se necessário a comparação do material transcrito com a gravação para se estabelecerem prioridades, com o auxílio da memória do entrevistador.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os dados desta pesquisa, nos utilizamos dos referenciais teóricos e do material coletado. Sendo assim, de forma sistematizada, destacamos os principais achados da pesquisa em conjunto, formando categorias e conceitos mais abrangentes, ampliando ideias e subdividindo-as para uma melhor apresentação dos dados investigados. Lüdke & André (1986) citam que a tarefa de análise implica em dois momentos a saber: o primeiro se dá com a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando-as e identificando-as nele, tendências e padrões relevantes. No segundo momento, reavalia-se estas tendências e padrões, buscando relações e inferências num nível de abstração mais elevado.

De acordo com o que as autoras citam no parágrafo anterior, a primeira fase nessa análise é construir um conjunto de categorias descritivas, sendo preciso ler e reler o material. É possível que após fazer essas leituras, o pesquisador utilize uma forma de classificação dos dados de acordo com as categorias teóricas iniciais ou segundo conceitos emergentes. A categorização não finda a análise, o pesquisador poderá ir além, na busca de acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado, podendo ser este acréscimo algo que configure uma nova perspectiva teórica ou apenas levantar questionamentos que precisarão ser mais sistematicamente explorados em futuros estudos.

Então para uma melhor sistematização dos dados obtidos, os categorizamos e os tratamos com base na Análise de Conteúdo, objetivando a verificação das hipóteses e/ou questões pertencentes ao estudo, como também desvelar o que há por trás dos conteúdos manifestos e aprofundar-se na essência do relato (Minayo, 2002).

Inicialmente procuramos organizar o material a ser analisado por meio de quatro categorias a saber:

- Percepções acerca da imagem corporal;
- Percepções acerca do esporte adaptado;
- Percepções acerca do desempenho ocupacional;
- Relações sociais.

Porém ao ler e reler o material coletado, sentimos a necessidade de criarmos mais uma categoria, Espiritualidade e religiosidade, pois a todo o momento da entrevista esta perspectiva era marcante na fala do entrevistado.

Para cada categoria foi selecionado trechos importantes e significativos de acordo com os objetivos e questões do estudo. Prosseguindo o construto da pesquisa, procuramos discutir e desvelar os aspectos subjetivos e correlacionados aos relatos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias emergidas da análise e interpretação dos dados estão centradas no atendimento aos objetivos do estudo e incorporam outros resultados significativos, tais como a religião.

A primeira categoria, Percepções da imagem corporal, discute sobre esta percepção com ênfase na satisfação do sujeito no âmbito da autoestima e do autoconceito, revelando os benefícios do esporte adaptado. A segunda categoria – Espiritualidade e Religiosidade - foi inserida devido a importância da religião e da espiritualidade na vida no sujeito, elucidando as motivações adquiridas através desta. A terceira categoria denominada de Percepções acerca do esporte adaptado apresenta os benefícios da prática, as motivações e a importância dessa atividade na vida do sujeito. A quarta categoria - Percepções acerca do desempenho ocupacional - representa os ganhos e conquistas de autonomia e de independência do sujeito através do esporte. Por fim, a Categoria das Relações sociais repercute dos ganhos na participação social através do esporte e participação no acesso cidadão.

4.1 CATEGORIA I - PERCEPÇÕES ACERCA DA IMAGEM CORPORAL

Nos escritos teóricos deste trabalho percebemos o papel da percepção na consolidação da imagem corporal, que tem os sentidos como porta de entrada para esta informação, que demonstra o aspecto físico desta imagem do corpo.

Quando questiono a João sobre como ele se percebia antes de participar do projeto, surge a seguinte fala:

“A principio eu fiquei insatisfeito né, (...), eu achei que minha vida tinha acabado. Tava faltando uma perna, aí eu disse pra mim mesmo: minha vida acabou-se aqui.”

Ele então elucida uma imagem negativa atribuída a si e apresenta insatisfação acentuada em relação à amputação de sua perna. Tavares (2003) coloca que a insatisfação ou a satisfação é produto da relação que uma pessoa tem com a sua aparência como um todo. A partir desta aparência é realizado um conceito de si, e através da regulação do autoconceito resulta na satisfação, porém quando as características associadas são negativas o resultado é oposto (SERRA, 1988).

No caminhar da entrevista, observei que o fator que contribuiu para a mudança atual desse conceito foi a realização de atividades esportivas, tal fato emergiu quando perguntei sobre sua satisfação atual, João então responde:

“Bastante, (..) eu passaria pra outras pessoas, a importância do esporte. Se todo mundo praticasse, (...), porque é saúde total, ...”

De modo que ele vê no esporte a causa de sua satisfação, desenvolvendo o senso de responsabilidade social de propagar esses benefícios advindos do esporte. Sousa (2009) assegura que a prática do desporto influencia determinantemente na percepção

corporal do indivíduo, salientando que os amputados que praticam atividade física percebem seu corpo de forma mais positiva, aceitando melhor sua nova condição corporal. Tavares (2003) refere que doenças, amputações, relações sociais, tipos de personalidade, entre outros, são obstáculos no desenvolvimento da imagem corporal, levantando que as atividades físicas dinamizam o processo de desenvolvimento da imagem corporal.

A retratação de estar mais satisfeito é justificada por Schilder (1999) que refere como o movimento influencia na imagem corporal resultando em mudanças psíquicas, modificando as atitudes do sujeito. Essa satisfação resultou em autoconfiança e na visão de estar mais capaz a desenvolver novas atividades. No caso de João, as mudanças foram no sentido de permitir uma postura que busca melhorias e alcance do ideal.

“Bem, bem mesmo e pretendendo melhorar mais ainda (risos), (...), a gente passar a ver de outra maneira, daquilo que você achava que não poderia fazer, hoje você sabe que tem condições, é só querer, ...”

O desenvolvimento positivo da imagem corporal resulta na busca constante de crescimento pessoal, visto que, a pessoa passa a superar as suas debilidades e ver possibilidades de crescimento e expansão da consciência e do contato consigo e com o mundo (Tavares, 2003). Borella & Denari (2013) apresentam que o movimento dentro da atividade física permite que o sujeito se comunique e mude o mundo que o rodeia.

4.2 CATEGORIA II – ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

A Religiosidade é resultante da participação em alguma religião, e a espiritualidade pode ser alcançada através desta. Na associação existente entre a religião/espiritualidade entre os traumas surgiram as seguintes premissas: benefícios no tratamento pós-trauma; as experiências traumáticas podem conduzir ao aprofundamento da religiosidade ou da espiritualidade; e a superação psicológica pós-trauma (SHAW et.al, 2005 apud PERES, SIMÃO & NASELLO, 2007). Estas premissas estão em

conformidade com os achados desta pesquisa, a questão do aprofundamento religioso e espiritual é destacada quando João relata sobre como se sentia anteriormente a sua participação no projeto.

“Insatisfeito né, (...), quando eu acordei, eu achei que minha vida tinha acabado. (...). Mas não ela começou ali. (...), de superações, de coisas mais novas, quer dizer só foi pra mim crescer. Totalmente crescimento espiritual, tá entendendo, intelectual, favoreceu tudo.”

De modo que a situação antes considerada como fim de sua vida, foi transformada em recomeço, vivenciando novas experiências e situações que só contribuíram para a sua aceitação, de modo que na adversidade foram encontrados benefícios.

Ao questionado sobre como foi o processo da amputação e as consequências disto na sua vida, o João diz que:

“quando eu cheguei no Trauma em coma, (...), eu olhei pra mim mesmo e disse: pronto minha vida destruiu, acabou-se aqui. Eu cheguei até a comentar que eu tive um momento especial com Deus, (...) eu comecei a falar senhor minha vida acabou aqui, (...) Vem os porquê né da vida (...) E eu como praticante, sou religioso praticante, e veio uma mensagem bíblica (...) eu tava fazendo meu diagnóstico: (...) porque não me deixou em coma, (...), que não acordasse mais. E aí depois foi que veio essa mensagem e eu entendi o projeto dali pra frente da minha vida, porque se ele foi e ressuscitou Lázaro, eu achei também ele tá me ressuscitando (...) eu peguei isso aqui pra mim, (...), eu parei de chorar, comecei a rir a rir ..”.

A primeira reação ao se deparar com a perda do membro é a recusa, preferindo privar-se do direito à vida, visto que, uma parte do corpo que integra e possibilita a mobilidade e a realização de diversas atividades não está mais presente, a insatisfação com o acontecimento é confrontada na sua crença e esta mesma crença dá suporte e

motivação para seguir em frente, contribuindo para uma mudança de postura perante a vida. De acordo com Bonnano (2004) citado por Peres, Simão & Nasello (2007) pessoas que desenvolvem interpretações de como lidar e tentar modificar positivamente o presente podem superar traumas mais facilmente.

As situações-problemas levam o ser humano a deparar-se com seus valores e com questões como a existência e a proximidade da morte. Nessa perspectiva, a religião e a espiritualidade empreendem o esforço de significar essa nova demanda apresentada para o paciente, buscando compreender a própria doença, o sofrimento, a morte e a existência (HENNNEZEL & LELOUP, 2000 apud FORNAZARI & FERREIRA, 2010).

4.3 CATEGORIA III - PERCEPÇÕES ACERCA DO ESPORTE ADAPTADO

O esporte adaptado é entendido como uma atividade física, com modificação nas regras e adequações ao público que o pratica, a exemplo do vôlei sentado, que teve alterações na forma em que era executado (da posição em pé para sentado) e regras, mas o objetivo do esporte permaneceu (CASTRO, 2005). Neste âmbito, além de ser adaptado ao sujeito o sujeito adapta-se a ele, e o praticante destas modalidades esportivas dispensam tempo para realização dessas atividades e as incluem no seu cotidiano.

As ocupações são as atividades que apresentam forma, função e significado e estão presentes na vida e no cotidiano do indivíduo, passíveis de serem nomeadas pela cultura e de assumir as particularidades das pessoas que as desempenham, promovendo o senso de competência e identidade do mesmo (CLARK, 2003 e Yerxa et. al, 1989 citada por DICKIE, 2011), de modo que o esporte passa assumir o papel de ocupação, pois apresenta maneiras pré-determinadas de execução a respeito das táticas e técnicas, que são aprimoradas pelas características pessoais de cada indivíduo, adquirindo função e atribuições simbólicas, visto que cada pessoa dispensa significados particulares ao que é desenvolvido, tornando as percepções acerca do esporte subjetivas e singulares, ao mesmo tempo em que podem ser expandidas ao coletivo.

As atividades desempenhadas pelo indivíduo são atribuídas de significado e grau de importância, de modo que o esporte resultou em uma ocupação central na vida de João, vejamos o que ele relata neste sentido quando lhe pergunto como ele se vê realizando as atividades do projeto na praia.

“eu conto os dias pra mim chegar aqui no sábado, (...) mas a gente tem um treino aqui na terça e quinta de vôlei, né, e... sábado aqui na AC. Ai, complementa a semana.”

A pessoa com deficiência atribui valor ao desporto, pois este contribui com o desenvolvimento da autonomia motora, possibilita situações de sucesso perante si próprio e perante ao outro, despertar o desejo de explorar suas potencialidades e limitações, favorecer a imagem corporal e contribuir para a aceitação do corpo (FERREIRA, 1993 citado por SOUSA, 2009).

O esporte adaptado é visto sobre a perspectiva de melhorias no condicionamento físico, contribuição na saúde e repercussão positiva no cotidiano do sujeito. Monteiro (2013) cita López & Melo (2002) para referir que, para os portadores de deficiência física, as atividades físicas, esportivas ou de lazer podem trazer benefícios terapêuticos tanto no domínio físico como psíquico. Vejamos o que João diz nesse sentido:

“... foi de muito atencioso, né. Pois eu me sentia com dores no coto, cansaço (...) eu sentia dor nas costas, queimava minhas costas, aí eu tinha que parar, me deitar, relaxar, hoje não, eu não sinto mais isso, quer dizer foi mudando meu físico, (...), meu dia-dia mudou totalmente através do esporte, da prática dele.”

Observando que:

“(...) o esporte traz isso, preenche né, (...) preenche a gente com saúde.”

O esporte contribui para melhoras no seu cotidiano e execução de suas ocupações, e o possível vazio que existia foi preenchido por algo positivo e saudável. Benfica (2012) traz que a participação no esporte contribui com o aumento da autonomia e independência para a realização de atividades diárias, melhoria de sua autoestima, imagem corporal e autoconfiança, maior integração social, prevenção de doenças secundárias, dentre outros aspectos.

João torna visível os ganhos que o esporte proporcionou na sua saúde e condicionamento físico, sanando dores e promovendo disposição. Segundo Giacobbi & Stancil (2008) apud Sousa (2009) as pessoas com deficiência envolvidas em atividades físicas apresentam: melhor estado físico; menos probabilidades de problemas cardiovasculares; menos stress; menores tendências a desordens emocionais, depressão e ansiedade e ganhos substanciais em temas de força e funcionalidade.

4.4. CATEGORIA IV - PERCEPÇÕES ACERCA DO DESEMPENHO OCUPACIONAL

A prática de atividade física proporcionou a aquisição de novas habilidades que permitiram a João realizar atividades nunca experimentadas. O esporte adaptado, pela sua característica peculiar de possibilitar a realização de movimentos, permite que pessoas com deficiência executem algumas ações até então inimagináveis por elas mesmas. Após se esforçarem e desenvolverem tais ações, esses sujeitos tendem a se descobrir sob uma nova perspectiva: a da capacidade (BENFICA, 2012).

João é bem explícito em sua fala quando lhe pergunto o que mudou em sua vida com a participação nas atividades esportivas.

“Bem melhor, bem melhor mesmo, (...), é coisas que eu nunca pensava em conseguir fazer hoje eu faço, ...”

Ao incitar qual mudança foi marcante na vida do sujeito a respeito do que ele julgava não ter condições de fazer, ele retratou o esporte, mas, além disso, demonstrou o papel do esporte na busca de novas ocupações, permitindo que experimentasse novas possibilidades, colaborando com a sua adaptação nas atividades realizadas, desconstruindo a imagem da impossibilidade.

“... pensava que eu nunca conseguiria dominar essa área de esporte (...) depois que eu comecei a praticar, eu fui convidado pra fazer outros esportes, outros esportes, e assim eu fui me adaptando ...”

As pessoas com deficiência, ao aderirem as práticas esportivas, têm a oportunidade de ampliar o repertório motor, de desenvolver atividades até então não realizadas e de, conseqüentemente, perceber novas aquisições corporais. Tais aquisições, dentre outras, podem atribuir novos significados a relação entre o indivíduo, corpo e atividade (BENFICA, 2012).

A prática das atividades físicas repercute diretamente na rotina dos indivíduos, favorecendo o desempenho deles nas atividades que agora são realizadas com mais autonomia e independência, Visto que, a rotina e a independência foram alteradas e comprometidas pela aquisição da deficiência e o esporte hoje possibilita esse resgate. Apresentando-se no discurso, João ao tratar a questão de como o esporte repercutiu na sua vida, relata:

“Melhorou, (...), porque você sabe que uma deficiência, (...), é muito difícil você ter o dia-dia. E hoje eu sozinho “mermo” me mantenho ...”

Blinde e Taub (1999) apud Benfica (2012), afirmam que o esporte adaptado é um grande aliado das pessoas com deficiência, pois através do desafio que ele impõe ao indivíduo, permite que ele explore suas habilidades, perceba suas potencialidades e adquira confiança para gerenciar a própria vida. Borges & Moreira (2009) informam que um estilo de vida ativo promove a manutenção da capacidade funcional e da

qualidade de vida, além de facilitar a manutenção e aquisição de bons níveis de independência e autonomia.

Ao abordar sobre o processo de como foi a amputação e as suas consequências, ele diz:

“(...) convidou pra fazer natação, eu disse que não tinha condições (...) olha eu nunca nadei, e agora faltando uma perna eu acho que não vou ter condições não. (...) hoje nado, eu faço vários esportes,...”

Reafirmando um fato e pensamento anterior à realização de esportes, o da incapacidade, que é atribuída À ausência da perna, argumentada no pensamento de que se não realizava determinada atividade enquanto era uma pessoa sem deficiência, agora nessa situação oposta não há condições. Em um sentido mais amplo remete a um comportamento que o julga incapaz de exercer qualquer atividade nunca desempenhada e de limitação nas demais. A realização desse embate entre o “não posso/nunca fiz” e o fazer, conclui que acreditar em si próprio é o primeiro passo para o engajamento nas mais variadas atividades.

Florence (2009) apud Benfica (2012) ao enfatizar a resistência inicial que a maioria dos atletas demonstra em aceitar a si mesmos, destaca a importância do esporte como ferramenta capaz de auxiliá-lo na descoberta de novas habilidades, capacidades e verdadeiras potencialidades. De acordo com esta autora, através do desporto, novos caminhos e oportunidades podem se abrir para a pessoa com deficiência.

4.5 CATEGORIA V - RELAÇÕES SOCIAIS

Um dos motivos para permanência de João no projeto foi a forma como ele foi acolhido pelas pessoas, de modo que a maneira como estas o tratam, denota o fato de que o ambiente social tem papel importante na nossa identificação com os grupos sociais, ser acolhido e aceito por um grupo motiva a participação e permanência neste,

referindo a inclusão do sujeito no grupo. Tal fato é evidenciado quando questiono sobre o que mais lhe agradou no projeto, ele então coloca:

“É... as pessoas, o carinho pelas pessoas, o... a maneira com que foi acolhido, os esportes, a praia que eu sempre gosto, e aí comecei a praticar esporte e apaixonei.”

Costa (2000) apud Monteiro (2013) refere que o exercício físico, quando realizado em grupo, facilita a aquisição da identidade social, por permitir aos participantes sentir e ter compromisso com algo e com o grupo, desenvolver um grande grau de amizade com outros participantes, viver sentimentos de confiança e relações de companheirismo e desenvolver comportamentos afetivos.

A participação nas atividades físicas adaptadas proporcionaram melhorias na vida de João, resultando em ganhos na participação social, a exemplo da conquista de amigos. Vejamos:

“Bem melhor, bem melhor mesmo. novas amizades, (...) acho muito interessante isso, mudou muito minha vida.”

A percepção de novas habilidades e capacidades pode auxiliar o indivíduo a adquirir confiança, tanto para lidar consigo mesmo quanto para interagir com as outras pessoas (Benfica, 2012).

É levantada a questão de que antes a sua participação no projeto era uma pessoa introvertida, revertendo esse quadro para predisposição para se relacionar, tornando-se mais aberto a novas amizades. Tal fato é evidenciado em seu relato ao lhe perguntar sobre as impressões que ele tinha com base nas percepções que os outros (o ambiente social) alimentavam dele.

“Como eu disse eu era uma pessoa muito fechada, nem, e..., hoje não, hoje eu tenho uma recepção muito boa com as pessoas, uma comunicação muito boa, ta entendendo, isso foi totalmente diferente em mim.”

Ao investigar afundo as razões que João considera como pertinentes as suas dificuldades em não ter uma participação social satisfatória, destaca-se o fato de os fatores que o deixavam recluso eram pessoais, logo a principal causa para a não participação social dele era ele mesmo, e não as outras pessoas que o rodeavam, e só foi possível a mudança desse quadro quando ele passou a conhecer a si próprio, suas dificuldades, é possível compreender o outro e relacionar-se com ele. De modo que não centra na ideia de que a sociedade é o principal problema na inclusão social.

“Era de mim mesmo, (...)e aí quando eu me conheci aprendi a conhecer as pessoas, as suas dificuldades, (...) Mas não que seja entre as pessoas, eu gosto de pensar que parte sempre da pessoa, (...) é você é o principal obstáculo, quando a gente se acredita, você consegue.”

Benfica (2012) afirma que, com o objetivo de reverter esta situação de reclusão, torna-se necessário que o sujeito reconheça suas capacidades e habilidades de forma a melhorar a sua percepção sobre suas ações. Blinde & Taub (1999) apud Benfica (2012) retrata que ao modificar suas crenças sobre de si mesmo, as pessoas percebem que exercem papel determinante nos eventos cotidianos e na própria vida, aceitando melhor a condição de pessoa com deficiência.

Dentro desse processo da amputação vista como incapacidade pelo sujeito acometido, o social exerce forte influência para a quebra dessa imagem, transmitindo credibilidade e reforço positivo para realização de atividades, motivando o sujeito a enxergar-se como capaz e entender que o seu desempenho nas atividades, depende mais dele do que de qualquer outro motivo.

“Pessoas como a professora foi entrou na minha vida e convidou pra fazer natação, eu disse que não tinha condições (...), ela insistiu (...). Ai ela disse: não, consegue, é só você querer. De qualquer maneira ela me deu uma força, um incentivo e eu acreditei, eu fui, e hoje nado, eu faço vários esportes, (...), ganhei medalha ouro, prata e bronze, ...”

Goffman (1982) apud Benfica (2012), refere que o social comumente extingue, isola e ao mesmo tempo reúne as pessoas com deficiência, que isoladas da sociedade se enquadram como pessoas de baixa capacidade para comandar suas próprias vidas e realizar determinadas tarefas que, na verdade, são capazes de executar. De modo que esta forma equivocada de perceber a pessoa com deficiência, pode influenciar negativamente na avaliação que ela faz de si e de suas capacidades, levando-a a se sentir inferiorizada, dependente e desacreditada dos seus potenciais.

O papel da professora citada pelo entrevistado foi em oposição a essa corrente, e permitiu a credibilidade do sujeito em si próprio, que encontrou no outro uma confiança depositada no seu potencial, corroborando para o despertar da mesma em si próprio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados alcançados e previamente discutidos foi possível alcançar algumas constatações. A primeira delas é que a experimentação do corpo através de novas práticas, tal como a atividade física adaptada, muda o atributo da insatisfação dirigido ao corpo resultante na visão de incapaz de desempenhar novas atividades, alcançando o patamar da satisfação e potencial para desempenho de novas ocupações.

No que diz respeito à inclusão social, esta recebe interferência direta de dois fatores: como o indivíduo se percebe e como as pessoas o percebem, se em ambos os casos a percepção é positiva, a inclusão é bem sucedida, no caso de atributos negativos de alguma das partes, há obstáculos a serem ultrapassados, de modo que o principal fator para a exclusão social é a postura e a atitude do indivíduo a ser incluído.

O esporte adaptado também possibilita a independência do sujeito nas suas atividades, resgatando e construindo o cotidiano do indivíduo. Neste estudo ficou

elencado o papel do contexto social diante da desconstrução da ideia do sujeito que se autonegligeia incapaz, cuja motivação inicial para o despertar das potencialidades e habilidades é a reforço positivo da sociedade, posteriormente, o incentivo passa a ser os ganhos físicos e psicológicos com a participação na atividade física adaptada.

Esta pesquisa teve como resultados inesperados (porém significativos), a função e simbolismo da religião e espiritualidade no sujeito, ajudando no processo de aceitação, enfrentamento da negação e descontentamento a partir da superação e renascimento, fazendo a alusão a fênix (figura mitológica que renasce das próprias cinzas).

Por fim, conclui-se que este estudo teve contribuições válidas ao que concerne o papel e influência do esporte, principalmente na inclusão social e desempenho ocupacional da pessoa com amputação adquirida, os resultados inerentes a imagem corporal foram significativos.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, L., FALKENBACH, A. P. Imagem corporal em indivíduos amputados. In: **Revista Digital EFDEPORTES**, Buenos Aires, n. 131. Abril/2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd131/imagem-corporal-em-individuos-amputados.htm>. Acessado em: 03 de novembro de 2014 às 22:34.
- AMIRALIAN M. L. T, PINTO, E. B. GHIRARDI, M. I. G. LICHTIG, I. MASINI, E. F. S. PASQUALIN, L. Conceituando deficiência. In: **Rev. Saúde Pública**, 34 (1): 97-103, 2000 Disponível em: [ww.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)
- ARAÚJO, P. F. **Desporto adaptado no Brasil: origem, institucionalização e atualidade**. 1996. 140 f. Tese (Doutorado em Estudos da atividade física e adaptações). Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, Campinas, 1997.
- BENFICA, D. T. **Esporte Paralímpico: analisando suas contribuições nas (re) significações do atleta com deficiência**, 2012, 128 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2012.
- BORELLA, D. R. DEMARI, F. E. Atividades de ginástica acrobática como contribuição para a inclusão. IN: BUSTO, R. M., FUJISAWA, D. S., MARQUEZINE, M. C., MANZINI, E. J., TANAKA, E. D. O. (orgs) **Esporte, reabilitação física e educação física inclusiva na qualidade de vida de pessoas com deficiência**. Lodrina: EDUEL, 2013. Pag 19-28.
- BORGES, M. R. D., MOREIRA, A. K. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. In: **Revista Motriz**, Rio Claros, v. 15, n. 3, pag. 562-573.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011.
- CAMPANA, A. N. N. B., TAVARES, M. C. G. C. F., **Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa**. São Paulo: Phorte, 2009.
- CASTRO, E. M. de. **Atividade física: Adaptada**. Ribeirão Preto, SP: Tecmed, 2005.
- CARDOSO, V.D. A Reabilitação de Pessoas com Deficiência através do Desporto Adaptado. In: **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 33, n. 2, p. 529-539, abr./jun. 2011.
- CELIKYOL, F. G. Amputação e Próteses. In: TROMBLY, C. A., RADOMSKI, M. V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. 5 ed. Livraria Santos Editora Ltda, 2005.
- CLARK, F., WOOD, W., LARSON, E. A. Ciência Ocupacional: Legado da Terapia Ocupacional para o século XXI. In: NEISTADT, M. E, CREPEAU, E. B. **Willard &**

Spackman: Terapia Ocupacional. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, pag. 10-17.

COSTA E SILVA, A. A. Esporte adaptado: abordagem sobre os fatores que influenciam a prática do esporte coletivo em cadeira de rodas. In: **Rev. Bras. Educ. Fis. Esporte**, São Paulo, out/dez 2013.

CREPEAU, E. B. **Willard E Spackman:** Terapia Ocupacional. 11 ed. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, 2011.

DEMIDOFF, A. L. PACHECOA, F. G. e FRANCO, A. S. Membro-fantasma: o que os olhos não vêem, o cérebro sente. In: **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 234-239. dez/2007.

DICKIE, V. O que é ocupação? In: CREPEAU, E. B. **Willard E Spackman:** Terapia Ocupacional. 11 ed. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, 2011, pag 15-21.

FLECK, M. P. A. et. al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. In: **Revista Saúde pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, 446-55, 2003.

FORNAZARI, S. A., FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e Saúde. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. [SI], v. 26, n. 2, 265-272, abr/jun 2010.

GEIGER, P. (Org.) **Novíssimo Aulete dicionário contemporâneo da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexikon, 2011.

KEENAN, D. D., MORRIS, P. A. Amputação e Próteses. In: PEDRETTI, L. W., EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional:** capacidades praticas para disfunções. 5 ed. São Paulo, Roca, 2004. pag. 972-1016.

LABRONICE, R. H. D. D., CUNHA, M. C. B., OLIVIERA, A. S. B., GABBAI, A. A. Esporte como fator de integração do deficiente físico na sociedade. In: **Arquivos de Neuropsiquiatria**. [SI]. v. 58, n. 4. pag. 1092-1099, 2000.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. A. – **Pesquisa em Educação:** Abordagens Qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

MACHADO, S. F. **Fantasma: a ciencia por trás do mito**. Dissertação. 2008. 41 f. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Corvilhã, 2009.

MACIEL, M. R. C. Portadores de Deficiência: a questão da inclusão social. In: **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.14, n.2, pag. 51-56, 2000.

MARCELINO, N. C. , **Estudos do lazer:** uma introdução. 4 ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

MARQUES, R.F.R.; et al. Esporte olímpico e paraolímpico: coincidências, divergências e especificidades numa perspectiva contemporânea. In: **Rev. Bras. Educ. Fis. Esporte**, São Paulo, v 23, n.4, 365-377, out/dez 2009.

MELO, F. R. L. V., GONÇALVES, M. J. Acesso e permanência de estudantes com deficiência física no ensino superior. In: MELO, F. R. L. V. **Inclusão Social no ensino superior: Docência e Necessidades educacionais especiais**. Natal: EDUFRN, 2013. pag. 87-105.

MENEZES, M. M. P. N. C. de. **Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados**. 2008. 205 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. - **Pesquisa Social: Teoria, Método E Criatividade**. Petrópolis, Rj., 21^a ed., Vozes, 2002.

MONTEIRO, R. P. A. **O futebol e suas contribuições para o desempenho funcional e social de indivíduos amputados de membro inferior**. 2013, 187 f. Dissertação (Doutoramento em Ciências do Desporto). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**. São Paulo: EDUSP, 2003.

PERES, J. F. P, SIMÃO, M. J. P, NASELLO, A. G. N. Espiritualidade, Religiosidade e Psicoterapia. In: **Revista Psiquiatria Clínica**. [SI], v. 34, n. 1, 136-145, 2007.

POPE, C., MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SALES, J. M. Tratamento de Amputados. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C.(orgs). **Terapia Ocupacional - Fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, pag. 247-241.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

SERRA, A. S. V. **O Autoconceito**. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1988.

SILVA, M. S. **A imagem corporal na Amputação: relação com a depressão, a ansiedade, a satisfação com o suporte social e a autoestima global**. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. Porto, 2013.

SOUSA, A. I. C. A. **A experiência vivida da pessoa com amputação através do corpo: A influência da prática de atividade física**. 2009. 193 f. Dissertação (Mestrado em Atividade física adaptada). Faculdade de Desporto, Universidade do Porto. Porto, 2009.

SOMMERHALDER, C., GOLDSTEIN, L. L. O papel da espiritualidade e religiosidade na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E. et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TAVARES, M.C.G.C.F. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. Barueri: Manole, 2003.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família.
In: **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 8, n. esp. 75-84, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONARIO SEMIESTRUTURADO DE PESQUISA

1. Como e quando você iniciou suas atividades no AC Cidadão?
2. O que mudou do antes para o agora em sua vida ao participar das atividades físicas no AC Cidadão?
3. Qual a imagem que você tinha de si mesmo antes de participar do projeto?
4. E agora, qual a imagem que você tem de você?
5. Como você percebe as relações das pessoas (como as pessoas se relacionavam contigo) com você antes e agora ao participar deste projeto?
6. Como você se vê realizando atividades físicas na praia?
7. Deseja relatar algo que não foi contemplado nas perguntas que você considere significativo?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor _____

Esta pesquisa é sobre a importância da atividade física adaptada enquanto área de ocupação e a imagem corporal da pessoa com deficiência física. Está sendo desenvolvida pelas pesquisadoras Amaralina de Arandas Ramos Diniz aluna do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Valéria Leite Soares.

Os objetivos do estudo são: identificar se a atividade física desenvolvida no AC Social favorece e promove benefícios na imagem corporal e Inclusão Social; investigar a percepção da pessoa com deficiência quanto aos possíveis ganhos de Autonomia e Independência com a prática da atividade física; identificar as possíveis atividades e/ou ocupações que foram requeridas com o engajamento e participação no AC Social; demonstrar a percepção das Pessoas com Deficiência correlacionada a Autoestima e Autoconceito; verificar os possíveis motivos para o engajamento no AC Social.

A finalidade deste trabalho é de despertar a consciência dos participantes no que concerne a sua autonomia e autoestima; contribuir com a literatura acadêmica através de publicações em periódicos, revistas e congressos e desenvolvimento de subsídios para pesquisas posteriores.

Solicitamos a sua colaboração para realização da entrevista, assentir com as observações in loco e registro fotográfico, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não apresenta riscos físicos, biológicos ou financeiros, porém poderá promover algum constrangimento se caracterizando em desconforto psicológico.

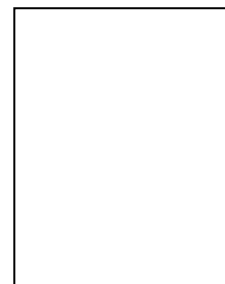
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

ou Responsável Legal



Espaço para impressão
dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Valéria Leite Soares

Endereço (Setor de Trabalho): Departamento de Terapia Ocupacional/CCS/UFPB

Telefone: (83) 3216 7996

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE C – ENTREVISTA TRANSCRITA

Data da entrevista: 05 de dezembro de 2014

Pesquisadora: Quando o senhor ingressou nas atividades do acesso cidadão?

Entrevistado: Há mais de um ano, um ano... uns 14 meses.

Pesquisadora: Porque o senhor resolveu participar desse projeto?

Entrevistado: Foi um comentário que a professora Elaine de Educação Física da UFPB tinha falado lá num, num treino lá que eu fazia basquete e vôlei e ela comentou esse, esse projeto que tinha aqui na praia, aí me interessei vim conhecer, gostei e fiquei.

Pesquisadora: O que mais lhe agradou no projeto?

Entrevistado: É... as pessoas, o carinho pelas pessoas, o... a maneira com que foi acolhido, os esportes, a praia que eu sempre gosto, e aí comecei a praticar esporte e apaixonei.

Pesquisadora: O que mudou do antes para o agora na sua vida desde que o senhor começou a participar nessas atividades? Como era antes e depois que começou a participar ficou como?

Entrevistado: Bem melhor, bem melhor mesmo. novas amizades, novos conhecimentos, é coisas que eu nunca pensava em conseguir fazer hoje eu faço, principalmente na área de esporte, né, acho muito interessante isso, mudou muito minha vida.

Pesquisadora: Dentre as coisas que o senhor não fazia antes e hoje realiza, qual delas o senhor considera como mais significativa?

Entrevistado: Eu acho que nesse lado de esporte, eu... eu... nunca pensava, pensava que eu nunca conseguiria dominar essa área de esporte. Eu sempre gostava de assistir um jogo, e depois que eu comecei a praticar, eu fui convidado pra fazer outros esportes, outros esportes, e assim eu fui me adaptando e isso me chamou muita atenção na área do esporte, foi marcante na minha vida.

Pesquisadora: O senhor acredita que isso tenha repercutido na sua vida, no seu cotidiano e no favorecimento do seu desempenho no dia-dia?

Entrevistado: Melhorou, é a minha superação, porque você sabe que uma deficiência, a falta de uma perna, é muito difícil você ter o dia-dia. E hoje eu sozinho “*mermo*” me mantenho, *tá* entendendo? Quer dizer isso é interessante.

Pesquisadora: Qual era a imagem que o senhor tinha de si, antes de participar do projeto? Ou seja, a imagem do seu corpo e o que o senhor pensava sobre ela.

Entrevistado: Eu me achava uma pessoa muito recatada, muito fechada, *tá* entendendo? E depois disso aí, minha vida mudou totalmente, hoje eu tenho mais facilidade de ter “*comunicações*”, *tá* entendendo, fiz mais amizade, é isso, fez a diferença né.

Pesquisadora: Como o senhor estava antes de participar do projeto?

Entrevistado: A principio eu fiquei insatisfeito né, porque não é fácil você... como eu sofri um acidente, eu tava em coma, fiquei três dias em coma, quando eu acordei, eu achei que minha vida tinha acabado. Tava faltando uma perna, aí eu disse pra mim mermo: minha vida acabou-se aqui. Mas não ela começou ali. Começou uma nova etapa, *tá* entendendo (risos), uma etapa, uma vida totalmente diferente, de superações, de coisas mais novas, quer dizer só foi pra mim crescer. Totalmente crescimento espiritual, *tá* entendendo, intelectual, favoreceu tudo.

Pesquisadora: Como o senhor vê sua imagem atualmente?

Entrevistado: Bem, bem mesmo e pretendendo melhorar mais ainda (risos), eu acho que eu num era mais aquela pessoa não, eu mudei totalmente, outra visão da vida, *tá* entendendo? Das pessoas, do mundo, a gente passar a ver de outra maneira, daquilo que você achava que não poderia fazer, hoje você sabe que tem condições, é só querer, né? Às vezes é o medo, o medo faz com que a pessoa se prenda, né, a se doar, a buscar, *tá* entendendo? Isso fez totalmente a diferença.

Pesquisadora: Como o senhor percebe as relações das pessoas com você antes e agora? Em relação as pessoas que o senhor se relacionava antes, como era essa relação e como é hoje.

Entrevistado: Éee...

Pesquisadora: Houve alguma mudança?

Entrevistado: Como eu disse eu era uma pessoa muito fechada, nem, e..., hoje não, hoje eu tenho uma recepção muito boa com as pessoas, uma comunicação muito boa, tá entendendo, isso foi totalmente diferente em mim.

Pesquisadora: Mas o senhor acredita que havia algum impedimento?

Entrevistado: Era de mim mesmo, eu acho que eu tinha que me conhecer melhor (risos) e eu acho que com isso tudinho eu me conheci, e aí quando eu me conheci aprendi a conhecer as pessoas, as suas dificuldades, eu acho que eu senti aquilo que eu sentia, hoje eu posso ver nas outras pessoas, que elas podem vencer, e as vezes elas predem aquilo, tá entendendo? Mas não que seja entre as pessoas, eu gosto de pensar que parte sempre da pessoa, sempre da pessoa, é você o principal obstáculo, quando a gente se acredita, você consegue.

Pesquisadora: Como o senhor se ver realizando essas atividades do projeto?

Entrevistado: Bom demais, eu conto os dias pra mim chegar aqui no sábado, tem a UFPB eu faço lá, mas tá em reforma e aí deu um tempo, mas a gente tem um treino aqui na terça e quinta de vôlei, né, e... Aqui aos sábados, né, sábado aqui na AC. Aí complementa a semana. Você já ouviu falar né do projeto com amor de Nisia, com o pessoal da AC?

Pesquisadora: Ela esta realizando aqui na praia?

Entrevistado: É ela fez...

Pesquisadora: Seu João o senhor poderia falar como foi a perda da perna e como o senhor se sentia antes em relação a isso.

Entrevistado: Como foi o acidente você quer que eu diga?

Pesquisadora: Isso, E quais as consequências que houve na sua vida e o que melhorou hoje em dia?

Entrevistado: Bem ó, hoje, esse acidente foi a através de moto, né, eu usava moto pra trabalhar, eu era técnico em eletrônica, e dava manutenção em computadores nas lojas

de informática. E já era o segundo acidente, já. O Primeiro eu 17 cm de osso na perna e com a operação botou fixador e tudo mais, e esse ultimo misericórdia, quando eu vi, em entrei em coma e tudo, quando eu cheguei no Trauma em coma, é... e como eu disse a você, eu olhei pra mim mesmo e disse: pronto minha vida destruiu, acabou-se aqui. Eu cheguei ate a comentar que eu tive um momento especial com Deus, eu passei a falar com ele, chorava sem parar, tá entendendo. A Psicóloga veio perto de mim e dizia tenha calma seu João, sabe como é né aquele tratamento, tudo mais e, e eu não me contive não, aí foi quando eu comecei a falar: senhor minha vida acabou aqui, destruiu, os porquê? Vem os porquê né da vida: por que isso, por que aquilo, né. E eu como praticante, sou religioso praticante, e veio uma mensagem bíblica e era aonde Lázaro tinha morrido né, foi ao encontro de, Jesus foi ao encontro dele, e ao chegar lá Maria perguntou: senhor se tu estivesse aqui ele não teria morrido. Quer dizer ela tava fazendo um diagnóstico, do mesma maneira eu tava fazendo meu diagnostico: tava tudo acabado; não tem mais solução; minha vida acabou; porque não me deixou em coma, do jeito que eu tava, tá entendendo, que não acordasse mais. E aí depois foi que veio essa mensagem e eu entendi o projeto dali pra frente da minha vida, porque se ele foi e ressuscitou Lazaro, eu achei também ele tá me ressuscitando aqui, minha vida vai ser transformada, né, e eu achei linda aquela parte no final que ele diz: se tu credes verás a gloria de Deus. Eu pronto, é eu peguei isso aqui pra mim, eu disse: é o senhor falando comigo. Eu só fiz, eu parei de chorar, comecei a rir a rir, aí a psicóloga perguntou o que tava acontecendo e eu tava chorando naquele momento, sabe ela botou pra rir também, aí eu contei a ela, ela ficou feliz da vida, chega as lágrima descia no rosto dela. Foi aí, daí e diante minha vida foi se transformando. Pessoas como a professora, foi entrou na minha vida e convidou pra fazer natação, eu disse que não tinhas condições porquê eu fiquei hipertenso, diabético, tá entendendo? Tava fazendo fisioterapia, muito difícil pra mim a fisioterapia né, pra me adaptar com dores no coto. E ela fez esse convite a mim e eu não professora vou poder não, ela insistiu e eu: olha eu nunca nadei, e agora faltando uma perna eu acho que não vou ter condições não. Ai ela disse: não, consegue, é só você querer. De qualquer maneira ela me deu uma força um incentivo e eu acreditei, eu fui, e hoje nado, eu faço vários esportes, até medalhista visse, ganhei medalha ouro, prata e bronze, já andei Fortaleza, Maceió, é Aracaju, o nordeste completinho, já fiz o circuito nacional de Badminton né, fui medalhista em bronze e prata, segundo e terceiro lugar, segundo nacional. Quer dizer isso pra mim, tremendamente é a promessa de Deus fez na minha vida.

Pesquisadora: Que maravilha seu João, eu não sabia dessas medalhas.

Entrevistado: Ah... já ganhei aqui na AC no Arco e flecha fiquei em segundo lugar e no vôlei também aqui em terceiro lugar.

Pesquisadora: O seu chico havia comentado comigo sobre esse campeonato.

Entrevistado: É.

Pesquisadora: Qual a importância que o senhor hoje atribui ao esporte na sua vida?

Entrevistado: Eu acho que na minha vida, é... foi de muito atencioso, né. Pois eu me sentia com dores no coto, cansaço, tudo que eu fazia, até no computador mesmo eu sentia dor nas costas, queimava minhas costas, aí eu tinha que parar me deitar, relaxar, hoje não, eu não sinto mais isso, quer dizer foi mudando meu físico, tá entendendo, minha alimentação, meu dia-dia mudou totalmente através do esporte, da pratica dele.

Pesquisadora: O senhor poderia dizer se hoje o senhor é satisfeito consigo?

Entrevistado: Bastante, e como é que se diz, é... eu passaria pra outras pessoas, a importância do esporte. Se todo mundo praticasse, se todo mundo buscasse, porque é saúde total, eu acho que o esporte nos traz isso saúde total e evitaria muita coisa também, né?

Pesquisadora: É verdade.

Entrevistado: O uso da bebida, do álcool, da droga, o esporte eu acho que é uma boa maneira de tirar as pessoas desse vicio, é do fumo, né, a pessoa nem, nem pensa em usar né, o esporte traz isso, preenche né, às vezes você procura um cigarro pra preencher aquele, né, e o esporte faz isso com saúde, o bom é isso, porque preenche a gente com saúde. É isso!

Pesquisadora: Muito Obrigada seu João.